

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

PSYCHOSOMATICKÝ PŘÍSTUP V ORDINACI
PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

Bakalářská práce

Autor práce: **Brigita Janoušková**
Vedoucí práce: **MUDr. David Skorunka, Ph.D.**

2014

CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
FAKULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ
INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING

**PSYCHOSOMATIC APPROACH IN GENERAL
PRACTITIONER'S OFFICE**

Bachelor's thesis

Author: **Brigita Janoušková**
Supervisor: **MUDr. David Skorunka, Ph.D.**

2014

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové 2. 9. 2014

.....
(podpis)

Poděkování

Děkuji panu MUDr. Davidu Skorunkovi, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce. Zároveň děkuji panu Mgr. Janu Vaňkovi, Ph.D. za statistické zpracování mého dotazníkového šetření, panu MUDr. Pavlu Jarošovi a panu MUDr. Janu Řehákovi za spolupráci při výzkumu. Pacientům děkuji za vyplnění dotazníků. Ráda bych také poděkovala všem, kteří mě podporovali.

OBSAH

Úvod.....	7
TEORETICKÁ ČÁST	9
1. Pojem psychosomatika	9
1.1 Vývoj psychosomatického myšlení	10
1.2 Psychosomatické koncepce	12
1.3 Psychogenní onemocnění.....	16
2. Etiologie psychosomatických onemocnění	18
2.1 Stres.....	18
2.1.1 Stresory	19
2.1.2 Psychické reakce na stres	20
2.1.3 Fyzické reakce na stres	21
2.1.4 Imunitní systém a stres.....	22
2.1.5 Zvládání stresu	23
2.2 Vliv dětství.....	24
2.3 Vliv životních událostí	26
2.4 Salutogeneze	28
2.5 Sociální opora	29
2.6 Osobnostní chování.....	29
3. Diagnostika a projevy psychosomatických poruch	31
3.1 Zásady správné diagnostiky	31
3.2 Somatoformní poruchy	33
3.3 Psychosomatická onemocnění	35
4. Léčba psychosomatických onemocnění	43
4.1 Psychoterapie a relaxace	45
4.2 Vztah lékař–pacient.....	47
5. Psychosomatický přístup	49
5.1 Problémy spojené s prosazením psychosomatiky	49

5.2 Psychosomatický přístup v ČR a ve světě	50
6. Všeobecné praktické lékařství	52
6.1 Komunikace v ordinaci praktického lékaře	54
6.2 Práce všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře	55
6.3 Holistický přístup všeobecné sestry	57
VÝZKUMNÁ ČÁST	59
7. Kvantitativní výzkum	59
7.1 Cíle a předpoklady kvantitativního výzkumu	59
7.2 Metodika kvantitativního výzkumného šetření	61
7.3 Výsledky výzkumu a analýza dat.....	63
8. Kvalitativní výzkum	95
8.1 Metodika a cíle kvalitativního výzkumu	95
8.2 Analýza rozhovorů	96
9. Diskuze	109
ZÁVĚR	116
ANOTACE	118
LITERATURA A PRAMENY	120
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ	125
SEZNAM ZKRATEK	128
SEZNAM PŘÍLOH.....	129

ÚVOD

Řadu let jsem pracovala na stomatologii. Nyní působím již zhruba jeden rok v ordinaci praktického lékaře našeho zdravotnického zařízení. Poměrně brzy jsem vypožadovala, že některé pacienty trápí obtíže, které se nedají nijak podložit žádným objektivním zjištěním – zobrazovacím ani laboratorním. Při studiu na lékařské fakultě jsem se setkávala s řadou onemocnění, u kterých bylo uvedeno – idiopatická příčina (vzniklá z neznámé příčiny). Velmi mě zajímaly okolnosti vzniku onemocnění a možnosti, jak jim předcházet a jak ovlivnit jejich úspěšné vyléčení. Při přípravě na zkoušku ze zdravotní psychologie jsem se blíže seznámila s pojmem psychosomatika. Toto téma mě velmi zaujalo. Proto jsem měla při výběru tématu pro svou bakalářskou práci ihned jasno – bude to psychosomatika. Jedná se však o široký pojem. Věděla jsem, že výzkum nechci pojmut jako hledání důkazu, že naše prožívání a tělesné obtíže spolu úzce souvisí a vzájemně se ovlivňují. Knihy na téma psychosomatika jsou plné důkazů, že tomu tak opravdu je, ve formě kazuistik. Mě však nejvíce zajímala reálná aplikace psychosomatického přístupu v ordinaci praktického lékaře. Z odborných publikací se můžeme dozvědět, že až 60 % pacientů praktického lékaře je psychosomatických. A právě zde hraje klíčovou roli správné odhalení příčin zdravotních obtíží.

Cennými zdroji informací o psychosomatice mi byly knihy od německých autorů s názvem *Základní psychosomatická péče*¹ a norských autorů s názvem *Vliv psychiky na zdraví*² s podtitulem Soudobá psychosomatika. Pro ucelený přehled o psychosomatické medicíně jsem si vybrala knihu českých autorů *Psychosomatická medicína*³.

Psychosomatika je vnímána jako „popelka“ medicíny. Je to způsob nazírání na nemoc a zdraví, který svým obsahem propojuje několik medicínských oborů: praktické lékařství, interní lékařství, psychiatrii, psychologii a fyzioterapii. V poslední době se o psychosomatice více hovoří. Za první náznak vnímání psychosomatiky jako seriózního medicínského oboru lze nepochybně považovat rozhodnutí ministra

¹ TRESS, Wolfgang, Johannes KRUSSE a Jürgen OTT. *Základní psychosomatická péče*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008, 394 s. ISBN 978-80-7367-309-3.

² FALEIDE, Asbjørn O, Lilleba B LIAN a Eyolf Klæboe FALEIDE. *Vliv psychiky na zdraví: soudobá psychosomatika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 240 s. ISBN 978-80-247-2864-3.

³ BAŠTECKÝ, Jaroslav, Jiří ŠAVLÍK a Jiří ŠIMEK. *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada, 1993, 343 s. ISBN 80-7169-031-7.

zdravotnictví MUDr. Karla Hegera ustanovit psychosomatiku jako nástavbový obor ve vzdělávání lékařů. Lékaři přesto toto rozhodnutí nepovažují za příliš šťastné, neboť pak může být psychosomatika vnímána jako medicínský obor, nikoli jako součást komplexního přístupu k pacientovi.

Denně se setkáváme s pacienty, které sužují problémy, my je však klasickým chápáním medicíny nejsme schopni odstranit, přestože disponujeme nejmodernějšími léčebnými prostředky a využíváme rozsáhlé možnosti, které nabízí farmakoterapie. Naši pacienti si stěžují na bolesti zad, zažívací obtíže, neurastenie, palpitace, ekzémy, únavu, nespavost atd. Denně se setkáváme v ordinaci praktického lékaře s akutními nemocemi a úrazy, ale převážnou část našich pacientů trápí chronická onemocnění, mezi ty nejčastější řadíme – hypertenzi, diabetes II. typu, obezitu, hypotyreózu, úzkost, deprese, gastrointestinální potíže, alergie, vertebrogenní algický syndrom atd.

Cílem mé práce je teoreticky popsat základní informace mapující psychosomatický přístup. Od pojmu psychosomatika přes příčiny, diagnostiku a léčení psychosomatických nemocí po komunikaci a práci sestry v ordinaci praktického lékaře. Ve výzkumné části se zaměřím na zkušenosti s psychosomatickým přístupem, požadavky pacientů související s jejich potížemi a vnímání okolností jejich zdravotních problémů. Zjištěné skutečnosti budu porovnávat mezi dvěma skupinami pacientů. První skupinu tvoří pacienti našeho praktického lékaře a druhou skupinu tvoří pacienti praktického lékaře vzdělaného v psychosomatice. Pro komplexní pohled na psychosomatický přístup jsem zvolila kvalitativní výzkum uskutečněný formou polostrukturovaného rozhovoru s lékaři obou ordinací. Doufám, že zjištěná fakta mi budou inspirací pro zlepšení holistického přístupu k pacientovi.

TEORETICKÁ ČÁST

Cíle teoretické části:

- Vysvětlit pojem psychosomatika a psychosomatické myšlení, psychosomatické koncepce.
- Objasnit příčiny, diagnostiku a léčbu psychosomatických nemocí a somatoformních poruch.
- Představit nejčastější typy psychosomatických onemocnění.
- Přiblížit specifika komunikace a vztahu lékař–pacient.
- Popsat psychosomatický přístup v ČR a ve světě.
- Objasnit hlavní problematiku práce praktického lékaře a všeobecné sestry.

1. POJEM PSYCHOSOMATIKA

Pojem psychosomatika je odvozen ze dvou slov, od slova *psyché*, což znamená duševno, a od slova *soma*, což znamená tělo. Zabývá se tedy vzájemným působením duševní a tělesné stránky lidského těla. Jedná se o pojem, který má několik významů. Psychosomatikou je nazýváno celostní nazírání na zdraví a nemoc (Poněšický, 2002). Psychosomatika je mezioborový přístup medicíny v péči o lidské zdraví (Nováková, 2011). Psychosomatika je chápána jako kompletní či celostní přístup (Orel, 2012). Podle Bašteckého jde o lékařský obor, který poukazuje na významný podíl psychosociálních faktorů na vzniku a průběhu některých somatických poruch (Baštecký et al, 1993).

Psychosomatika zdůrazňuje nahlížení na člověka v několika rovinách, které jsou provázány vzájemnými vazbami a interakcemi. Tento komplexní pohled zahrnuje oblast tělesnou, psychickou, vztahovou a duchovní. Hovoříme o globálním pohledu na jedince v celé jeho celistvosti (Orel, 2012).

Tato klinická a vědecká disciplína se zabývá:

- Vztahy mezi psychosociálními faktory a fyziologickými funkcemi.
- Vzájemným působením psychosociálních a biologických faktorů podílejících se na příčině, mající časovou návaznost na začátek, průběh a vyústění všech nemocí.

- Uplatňováním celostního biopsychosociálního přístupu v péči o nemocné.
- Aplikováním psychiatrických, psychologických a behaviorálních metod v prevenci, léčbě a při následné rehabilitaci somatických nemocí (Chromý et al, 2005).

Psychosomatika je nazývána „řečí těla“. Neklade si otázku, proč určitý člověk onemocní určitou nemocí, nýbrž otázku, za jakých okolností určitý člověk onemocní určitou nemocí. Dříve se psychosomatika snažila nalézt typ konfliktu, rys osobnosti, určité chování, které by bylo v příčinné souvislosti se vznikem nemoci. Dnes se hovoří o multivariantním přístupu a multifaktoriální podmíněnosti (Baštecká a kol., 2003).

Současné pojetí psychosomatiky vychází z biopsychosociálního modelu. Ten vyjadřuje souvislosti mezi biologickými a psychosociálními faktory a vznikem, průběhem a léčbou nemoci. Zahrnuje komplexní přístup k nemocnému (Raudenská, Javůrková, 2011).

Tento přístup se projevuje především v hledání souvislostí mezi problémy a konflikty v psychosociální sféře a současným klinickým obrazem. Jde o odlišný způsob nazírání na nemoc než u tzv. biomedicínského modelu, který považuje člověka za nemocného až při prokázání patologie tkání. Každý z nás v každém okamžiku je ovlivňován psychickou, biologickou a evoluční složkou. Zároveň je třeba dodat, že určitá složka v daném okamžiku může hrát významnější roli (Beran et al, 2010).

Psychosomatika je v očích pacientů spojena s předsudky. Řada pacientů si nepřipouští fakt, že psychika může ovlivňovat jejich zdravotní stav. Mají pocit, že to znamená, že nejsou psychicky v pořádku. Přestože každý z nás se jistě setkal s tělesným projevem stresové situace – např. pocitem svírání žaludku před důležitou zkouškou, bolestí hlavy po hádce s partnerem. I někteří lékaři nedokážou rozeznat psychosomaticky nemocného pacienta. Při absenci objektivních patologických nálezů pacienta považují za neurotika či simulanta (Poněšický, 2002).

1.1 Vývoj psychosomatického myšlení

Psychosomatické myšlení je způsob uvažování, jehož cílem je nalézt integrující prvky a vztahy mezi psychosociálními a biologickými vlivy, ovlivňujícími člověka ve zdraví a nemoci. Termín psychosomatika poprvé použil německý lékař Heinroth v roce 1818 při popisu poruch spánku. Do povědomí široké veřejnosti se termín dostal až zásluhou Franze Alexandra a Heleny Flanders Dunbarové, kteří tak označili vlastní

učení, ale i díky časopisu Psychosomatic Medicine. První číslo vyšlo v roce 1939. Kořeny spojení duše a těla můžeme pozorovat daleko dříve, už za působení Hippokrata. Ten požadoval, aby lékař, než začne léčit, znal dobře osobnost a temperament nemocného, vliv ročních období a klimatu. „*Hippokratická medicína byla celostní medicínou par excellence a její pacient byl nedílnou součástí přírody, jež sama měla rovněž léčivou sílu*“ (Chromý et al, 2005, str. 15–16). Další pokračovatelé medicíny, Galénos a Avicenna, podporovali dualismus – rozdělení člověka na tělo a duši. Učení těchto antických klasiků dalo základ medicíně praktikované po celý středověk (Chromý et al, 2005).

Medicína se postupně stala vědním oborem. Francouzský filozof Descartes vytvořil základ biomedicínského přístupu, jenž vnímá nemoc jako poruchu stroje, duše je v kompetenci církve. Tuto snahu podpořil pruský patolog Virchow, jenž nemoc označil jako poruchu buněk, tkání, orgánů. Anglický lékař Sydenham rozlišil symptomy, syndromy a nemoci. Poznatky těchto lékařů a filozofa se staly základem pro vědeckou medicínu. Americký psychosomatik Reiser poukazoval na skutečnost, že nemoc se stává pro medicínu důležitější než samotný pacient. Tento typ medicínského přístupu přetrvává dodnes (Baštecký et al, 1993).

Hlavním nástrojem tzv. biomedicíny se stal objektivní nález. Poznatky o nemocech a možnosti léčby se rozšiřovaly. Lékaři se soustředili výlučně na biologickou problematiku. „*Tento směr v lékařství navíc téměř zcela opomíjel osobnost nemocného, jednotu organismu s prostředím a nevídal si příčinných vztahů mezi somatickým a psychickým*“ (Baštecký et al, 1993, str. 27).

Rozvoj psychologie začátkem 20. století podnítil změnu. Průlom přineslo Freudovo učení. Rakouský neurolog a psychiatr Sigmund Freud vytvořil psychotherapeutickou metodu založenou na volných asociacích pacienta, vytvoření přenosového vztahu s ním, na interpretaci jeho promluv, snů, přenosových emocí a odporu během terapie. Freud je dnes znám jako „otec psychoanalýzy“ a jako autor pojetí nevědomí a podvědomí a zvláště pojetí potlačení (regrese). Klíčovou roli zaujímal sexuální motivace a její formy. Psychoanalýza válečných neuróz, které byly provázeny somatickými příznaky, slavila úspěch a položila základ psychosomatického myšlení (Faleide et al, 2010).

Propojením klinické zkušenosti a psychoanalytické teorie vznikla psychosomatická medicína. Autoři tohoto učení, američtí lékaři Alexander a Dunbar, vyčlenili choroby, které měly psychogenní etiopatogenezi – hypertyreóza, astma

bronchiální, vředová choroba, ulcerózní kolitida, revmatická artritida a atopický ekzém (Chromý et al, 2005).

Helena Flanders Dunbar studovala pacienty z holistického hlediska a našla vztah mezi charakterem dané osobnosti člověka a psychosomatickými zdravotními odchylkami. Přiřadila určitým osobnostním typům určité somatické onemocnění. Franz Alexander tvrdil, že emocionální zážitek aktivuje nebo potlačuje funkci všech orgánů. Alexander se domníval, že v situaci, kdy potlačujeme emoce, organismus zůstane v napjatém emocionálním stavu a dojde k nežádoucímu chronickému stavu ve vegetativním nervovém a endokrinním systému, který ovlivňuje různé orgány. Potlačování emocí se děje v důsledku složitosti sociálního života, který od nás vyžaduje kontrolu. Stav pacienta je ovlivněn jeho specifickými vlastnostmi, vyšší mírou zranitelnosti i organickou predispozicí. Alexander napsal v roce 1959 knihu *Psychosomatic Medicine. Principles and Application*. Navázal zde na psychoanalytické pojetí Heleny F. Dunbar (Faleide et al, 2010).

Americký psychiatr G. L. Engel (1977), jako jeden z prvních, označil psychosomatický přístup jako biopsychosociální. Poukazoval tak na skutečnost, že biomedicínský přístup zanedbává celek, protože vylučuje všechny faktory, kromě biologických (Engel, 1977).

Kanadský psychosomatik a psychiatr Z. Lipowski definoval somatizaci jako tělesný následek psychicky podmíněného stresu (Faleide et al, 2010).

1.2 Psychosomatické koncepce

Psychoanalytická koncepce

Od 20. do 50. let minulého století měla tato koncepce zásadní vliv na psychosomatiku. Zakladatel byl Sigmund Freud. V prvních etapách svého působení pojmenoval topografický model lidské duše, který rozlišuje nevědomí (je zachyceno v pudových potřebách), předvědomí (oblast, která je vědomí přístupná za určitých okolností) a vědomí (kontroluje psychickou a fyzickou aktivitu). Ve 20. letech minulého století formuloval strukturní model duše. Tento model vyjadřuje Id jako zdroj pudových impulsů, Ego jako morální normu bránící nekontrolovanému působení pudů a Superego jako strukturu koordinující vnitřní a vnější tlaky. Freud rozpracoval hlavní fáze pudového vývoje člověka. Od narození do šesti let rozlišuje orální, anální a genitální období. Narušení vývoje se projeví psychopatologií.

Od 40. let byla jako hlavní metoda používána egopsychoanalýza. Ta zaměřuje pozornost na to, jak Ego (já) sladí požadavky vnějšího okolí s vnitřními tlaky. Od 50. let patřil mezi hlavní představitele Franz Alexander. Zabýval se složitostí patogeneze psychosomatických chorob. Byl přesvědčen, že na vzniku somatické choroby se kromě intrapsychického konfliktu podílí i vnější vyvolávající příčina spolu s vrozenou zranitelností jednotlivých orgánů. Pozorované intrapsychické konflikty mohou být příčinou choroby, ale mohou se vzájemně ovlivňovat s existujícím patofyziologickým dějem. Alexander vedl studii, v níž se snažil ověřit psychodynamické konflikty pro různá psychosomatická onemocnění. Od 60. let se v psychosomaticce začíná prosazovat multifaktoriální patogeneze chorob, do popředí zájmu se dostává ne příčina, ale predisponující faktor. Psychoanalytická práce nadále zůstává součástí psychosomatiky (Baštecký et al, 1993).

Kortikoviscerální koncepce

Hlavní představitelé této koncepce – Bykov a Kurcin – vycházeli z učení I. P. Pavlova. Prokázali vzájemné vztahy mezi vyšší nervovou činností, somatickými a vegetativními funkcemi. Z jejich učení vychází skutečnost, že činnost vnitřních orgánů a fyziologických funkcí je ovlivněna vnějšími i vnitřními podněty a že činnost jednotlivých orgánů je řízena mozkovou kůrou. Tato teorie se nadále rozvíjela především v Německu a v USA (Baštecký et al, 1993).

Koncepce psychického stresu

Selyeho koncepce nespecifické somatické reakce na zátěž představuje pokrok v chápání fyziologických a patofyziologických mechanismů. Dalším krokem ve vývoji je zjištění, že osu hypothalamus–hypofýza–nadledviny můžeme aktivovat psychogenními vlivy. Řadou výzkumů se potvrdila myšlenka, že vznik somaticky patologických změn souvisí s psychickými poruchami. Fyziologická reakce závisí na intenzitě podnětu. Tyto zjištěné údaje vedly k rozvoji psychopatologie. Byly definovány různé vzorce fyziologických reakcí na různé emoční stavy, ale naopak není možné podle fyziologických reakcí zjistit, které emoce je spustily. Také se nepodařilo zjistit, proč stejná zátěž vyvolá u různých lidí různá orgánová poškození (Baštecký et al, 1993).

Koncepce životních událostí

Můžeme pozorovat přechod od zkoumání patofyziologických reakcí k psychosociální zátěži a jejímu vlivu na somatické onemocnění. Pacientům je

předkládán seznam významných životních změn. Každá životní situace má svoji váhu, která vyjadřuje emoční závažnost a množství energie potřebné na její zvládnutí (Baštecký et al, 1993).

Holmes a Rahe byli první, kdo sestavili seznam hlavních životních událostí *The Social Readjustment Rating Scale* (SRRS) i s jejich hodnotou. Podle počtu jednotek životních změn (The Life Change Units – LCU) jsou události seřazeny (100 = největší stresor) (Holmes, Rahe, 1967).

Přístup „hlavních životních změn“ měl řadu nedostatků, především nezohledňoval události mimo tento seznam. Wyler, Masuda a Holmes (1970) publikovali stupnici závažných onemocnění *The Seriousness of Illness Rating Scale* (SIRS). Z provedených výzkumů vyplynulo, že čím člověk prožije více životních změn, tím závažněji onemocní (Wyler et al, 1970).

Koncepce alexitymie

Psychologové Freedman a Sweet zaznamenali, že někteří pacienti při psychoterapii velmi málo hovoří o svých pocitech. Sifneos popsal chování pacientů postižených tímto jevem zvaným alexitymie takto:

- Neustále popisují tělesné příznaky, i když se nevztahují k základnímu onemocnění.
- Stěžují si na napětí, nervozitu, frustraci.
- Chybí jim fantazie.
- Obtížně vyjadřují své emoce.
- Pláčou málo anebo dost, ale neadekvátně pocitům.
- Pamatují si sny do detailu.
- Často bývají neadekvátně afektivní.
- Mají špatné interpersonální vztahy.
- Činnost je jejich hlavní náplní života.
- Osobnost pacientů je narcisistická, pasivně agresivní, pasivně závislá nebo psychopatická.
- Lékařům se zdají být tito pacienti až hloupí.

Byly popisovány teorie, že u alexitymických pacientů instinktivní psychické impulsy nejsou zpracovávány, ale mají přímý vliv na tělesné funkce.

Teorie alexitymie má uplatnění pro klinickou praxi. Psychoterapeuti lépe porozuměli, proč se jim práce s těmito typy pacientů nedařila (Baštecký et al, 1993).

Koncepce syndromu hopelessness – helplessness

Koncepci, kterou v 70. letech vypracovali Schmale a Engel, nejlépe vystihují slova beznadějnost – bezmocnost (hopelessness – helplessness) a behaviorální vyjádření těchto slov – vzdání se – zanechání druhými (giving up given up). Jedná se o prožitkový syndrom, který se projevuje:

- bolestivým prožíváním bezmoci a beznaděje v určité situaci,
- pocitem, že tuto situaci nezvládnou řešit,
- pocitem neuspokojení ze sociální role a pocitem ohrožení,
- sníženou schopností pocitu naděje a důvěry,
- ztrátou souvislosti mezi minulostí a budoucností,
- sklonem k ožívování minulých selhání.

Tyto prožitky se projevují v chování jedince jako útlum pohybu a fyziologických funkcí. Koncepce hopelessness – helplessness přináší vysvětlení pasivních reakcí v zátěži (Baštecký et al, 1993).

Behaviorální koncepce

Koncepce behaviorální zahrnuje koncepci koronárního typu chování. Byla v 50. letech vypracována Friedmanem a Rosenmanem, kteří prokázali rizikový faktor psychické povahy ovlivňující kardiovaskulární choroby. Autoři dále propracovali koncepci chování typu A (charakterizovaný vlastnostmi jako nadměrná soutěživost, zrychlené reakce, hostilita, netrpělivost, orientace na výkon) a chování typu B, které je definováno jako opak (Baštecký et al, 1993).

Psychoneuroimunologie

V centru pozornosti této koncepce jsou regulační vztahy nervového a imunitního systému. Neuroimunitní systém pracuje jako zprostředkovatel mezi působením stresoru a výsledné chorobné reakce v orgánu. Intenzita imunosupresivního účinku stresu závisí na druhu stresu a době jeho trvání. U psychosociálního stresu byl prokázán jasný vliv na imunitní systém – délku hojení ran, schopnost organismu bojovat s infekcí, aktivitu fagocytů a NK buněk (Baštecký et al, 1993).

Bio-psycho-sociální model

Engel (1977) poukazoval na nedostatky biomedicínského modelu, který zanedbává celek, uznává pouze biologické faktory. Zabývá se pouze chorobou na úkor pacienta jako člověka. Poukazoval na nezbytnost rozšíření biomedicínského přístupu k nemoci tak, aby zohledňoval i psychosociální faktory podílející se na vzniku nemoci (Engel, 1977).

Multifaktoriální teorie

Multifaktoriální model je jedním ze základních přístupů v psychosomatické medicíně. Faktory podílející se na patogenezi chorob mohou být příčinné, podmiňující, ale i ochranné. Stejný faktor může nabývat různého významu, např. zlost jako ochranný faktor může vést k vyřešení problémů, ale nadměrná zlost bez řešení může působit patogenně. Multifaktoriální teorie poukazuje, že ke stejné chorobě mohou různí pacienti dojít odlišným způsobem (Baštecký et al, 1993).

Systémový přístup

Vyjadřuje komplexní chápání všech vnitřních a vnějších souvislostí promítajících se do způsobu myšlení a řešení obtíží. Tento přístup lze rozdělit na systémovou teorii a na systémovou aplikaci. Za aplikaci považujeme výzkum, analýzu a syntézu. V systémové teorii se uplatňují principy týkající se celistvosti, procesů, interakcí, zpětné vazby. V souvislosti s tímto přístupem se zmiňujeme o cirkulární kauzalitě, která nás nutí hledat odpověď na otázku nikoli jak, ale proč u člověka dochází k chorobným změnám. Zohledňuje se individuální vývoj jedince, jeho současné vztahy, životní události a stav psychiky (Baštecký et al, 1993).

1.3 Psychogenní onemocnění

Psychogenním onemocněním označujeme tělesný symptom jako následek duševního konfliktu. Projevuje se velmi variabilním klinickým obrazem. Tato onemocnění můžeme rozdělit podle toho, v jaké oblasti se převážně objevují problémy:

- **onemocnění psychického původu s převážně tělesnou symptomatikou**
 - Psychosomatická onemocnění v užším smyslu – pacienti jsou následkem konfliktu v trvalém vegetativním napětí a důsledkem je orgánové postižení – např. colitis ulcerosa, esenciální hypertenze, astma bronchiale.

- Somatoformní (funkční) poruchy – často se používá termín medicínsky nevysvětlitelné příznaky – pacienti mají příznaky bez zjevného organického postižení – např. nadýmání, průjem, bolesti hlavy, poruchy spánku.
- Konverzní neurózy – pacienti s problémy smyslových orgánů a nervosvalovými problémy – např. psychogenní slepota, parestézie.
- **onemocnění psychického původu s převážně psychickou symptomatikou**
 - Pacienti s úzkostnými neurózami, neurotickými depresemi, fobiemi.
- **onemocnění psychického původu převážně s poruchami v mezilidských vztazích a s poruchami chování**
 - Pacienti se závislostmi, delikvencí, perverzemi, sociopatiemi (Tress et al, 2008).

„V případě psychosomatických poruch tedy můžeme hovořit o komplexním, tělesně-emočně-kognitivním defektu v určité oblasti prožívání, na jehož místě nastoupí tělesná reakce, tělesné napětí bez diferencovaného vnitřního zpracování“ (Poněšický, 2002, str. 38).

2. ETIOLOGIE PSYCHOSOMATICKÝCH ONEMOCNĚNÍ

Psychosomatická medicína zkoumá nejen biologické, ale i psychické, emocionální a sociální faktory způsobující somatická onemocnění. Prosazuje principy celostního přístupu k pacientovi a teorii multifaktoriální patogeneze onemocnění. Tento biopsychosociální model zavedl G. L. Engel (Engel, 1977).

Zdraví je podle WHO definováno jako celkový stav tělesné, duševní a sociální pohody, nikoli pouze jako nepřítomnost nemoci. Nemoc je obecně vnímána jako porucha zdraví. Je třeba připomenout, že je rozdíl v pohledu na nemoc z pozice pacienta jako trpícího a lékaře jako představitele vědecké medicíny. Angličtina užívá pro subjektivní zkušenost pacienta se změněným zdravotním stavem termín *illness* a pro medicínské pojmenování objektivních příznaků výraz *disease*. „*Vědecká medicína od dob Virchowových považuje za nemoc poruchu orgánů, tkání, buněk či subcelulárních struktur vyvolanou určitým patogenním mechanismem*“ (Kurzová et al, 2003, str. 42).

U určitých typů onemocnění, např. infekčních, je aplikace tohoto modelu pochopitelná. Existuje však řada onemocnění, kde je etiopatogeneze složitější a příčiny podílející se na vzniku onemocnění přicházejí z psychosociální oblasti. Mezi ty nejvýznamnější zahrnujeme vliv rodiny, stresu, životních událostí, typu osobnosti a typu chování pacienta (Kurzová et al, 2003).

2.1 Stres

Jako stres označujeme v psychologii stav organismu, jehož reakce jsou provázeny úzkostí, napětím nebo obrannými mechanismy. Dnes již dochází k odklonu od klasické Selyeho koncepce, která určuje stres jako nespecifickou, fylogeneticky podmíněnou, stereotypní, adaptační reakci připravující organismus na fyzickou aktivitu (boj nebo útěk). Tato reakce umožňuje člověku podávat krátkodobé extrémní výkony v případě nebezpečí. Dříve byl vznik některých civilizačních nemocí vysvětlován jako důsledek selhání adaptivních reakcí těla. V současnosti se objevují poznatky, že stejná reakce se spouští i při psychickém stresu, kdy člověk není v bezprostředním ohrožení života. Pokud stres slouží jako motivace k vyšším psychickým nebo fyzickým

výkonům, nazýváme ho eustres. Pokud však trvá příliš dlouho anebo přesáhne určitou míru, může jedince poškodit a vyvolat onemocnění. Tato negativně působící zátěž se nazývá distres (Baštecký et al, 1993).

2.1.1 Stresory

Stresorem rozumíme různé druhy vlivů způsobujících stresovou reakci těla, ať už se jedná o neočekávanou bolest nebo dlouhodobý psychický stres typu strach, utrpení, starosti.

Stresory mají vliv na naši náladu, na to, zda se cítíme dobře nebo špatně. Současně ovlivňují naše chování, jednání i celkové zdraví. *„Vztah mezi psychosociálními stresory a nemocí je ovlivňován na jedné straně druhem, počtem a dobou trvání stresových faktorů a na druhé biologickou zranitelností (vulnerability) – tj. genetickými a konstitučními faktory, psychosociálními zdroji a naučenými vzorci zvládání těžkostí (coping)“* (Faleide et al, 2010, str. 46).

Mezi faktory, které se podílejí na stresu, řadíme:

- fyzikální – nadměrný hluk, chlad, extrémní teplo,
- psychické – frustrace, potlačené emoce,
- sociální – konflikt, šikana, partnerské neshody,
- vliv životních událostí – úmrtí blízkého člověka, ztráta zaměstnání, úraz,
- vliv dětství – školní zátěž, neshody v rodině, chyby ve výchově (Faleide et al, 2010).

V životě se setkáváme s množstvím stresorů. Mezi nejčastěji pozorované patří:

- pracovní přetížení,
- časový stres,
- neúměrná zodpovědnost,
- nevyjasněnost pravomocí,
- nesplněná očekávání v kariéře,
- nepřátelské vztahy s lidmi nebo sociální izolace,
- dlouhodobé napětí v partnerském nebo rodinném prostředí,
- nedostatek peněz, nezaměstnanost,
- omezený životní prostor,
- nedostatek spánku,
- nadměrný hluk (Machová, Kubátová, 2009).

Účinek stresorů

Na stresory lidé reagují odlišným způsobem, který je dán typem stresoru a individuální hranicí únosnosti dané situace. Míra účinků stresu závisí také na potenciálu každého jednotlivce zvládat stres a na významu stresoru pro daného jedince.

Kdykoli se člověk setká se stresem, pokouší se na něj adaptovat. Je-li adaptace úspěšná, pak rovnováha jedince není narušena, je-li však neúspěšná, člověk onemocní. Můžeme pozorovat i další důležitý jev – každý druh stresoru je zdrojem dalšího stresoru. Člověk se tak dostává do sledu událostí.

Dalším důležitým faktem je, že stresor sám o sobě nemůže způsobit nemoc. Vždy se na vzniku podílí více faktorů. Zvládání stresu vyžaduje od každého z nás množství energie potřebné k adaptaci. Pokud ovšem jakýkoliv typ stresoru trvá dostatečně dlouho nebo je dost silný, může přemoci adaptační schopnost i odolného jedince (Mastiliaková, 2010).

2.1.2 Psychické reakce na stres

Každá stresová situace vyvolává určité emoční reakce. Nejčastěji se setkáváme s těmito typy reakcí:

- **Úzkost** – nepříjemná obava, napětí. Nemocný ví, že očekávaná událost není nebezpečná, ale přesto v něm vyvolává úzkost. U některých lidí naopak úzkost byla vyvolána prožitou událostí, která byla za hranicemi normálního lidského utrpení. U takových pacientů pozorujeme syndrom posttraumatické stresové poruchy. Projevuje se pocity otupělosti, odcizením, snížením zájmu o běžné aktivity, opakovaným oživováním traumatu ve vzpomínkách, ale i poruchou spánku, soustředění (Atkinson et al, 2003).
- **Vztek a agrese** – projev u nemocného, který zažil frustraci. Pokud je člověku znemožněno dosažení cíle, může se objevit důsledek v podobě agrese, jež člověka motivuje k dalšímu jednání. Zdroj frustrace nemusí být vždy zcela jasný. V případě, že je zdroj zřejmý, ale okolnosti zabraňují přímému útoku, může dojít k situaci, kdy pacient namíří agresivitu vůči nevinné osobě (Atkinson et al, 2003).
- **Apatie a deprese** – opačný projev než je vztek a agrese u nemocného, který zažil frustraci. Projevuje se uzavřením pacienta do sebe. Apatie může při dlouhodobém stresu přejít až v depresi (Atkinson et al, 2003).

U lidí ve stresové situaci se setkáváme nejen s emoční reakcí, ale i s oslabením kognitivních funkcí. Pozorujeme potíže se soustředěním, pamětí, logickým uvažováním a zpracováním informací. Čím je naše emoční reakce výraznější, tím více jsou narušeny naše kognitivní funkce. Zároveň při setkání se stresorem přemýšlíme o příčinách a důsledcích svého jednání a tím současně dochází k oslabení schopnosti vyhodnotit situaci. Příkladem nám může být strach studentů u zkoušky, kdy v rozrušení špatně pochopí otázku (Atkinson et al, 2003).

2.1.3 Fyzické reakce na stres

„Tělo reaguje na stresory tím, že spustí složitý řetěz vrozených reakcí na vnímané ohrožení“ (Atkinson et al, 2003, str. 497). Pokud dojde k rychlému zvládnutí stresové situace, pak nastává normalizace našich fyziologických procesů. V případě dlouhodobého nebo opakovaného působení může dojít k patologickým reakcím organismu. Působením stresoru naše tělo spustí kaskádu neuroendokrinních reakcí, které vedou k zvládnutí této situace. Organismus je tím připraven k akci pro útěk nebo boj. Fyziologické změny v těle jsou výsledkem aktivací hypotalamu a následné stimulace:

- **sympatického systému** – ovlivňuje hladké svalstvo a vnitřní orgány, následkem toho se zvyšuje srdeční frekvence, krevní tlak, dechová frekvence, svalové napětí, dochází k rozšíření zornic. Zároveň ovlivňuje dřeň nadledvinek, která vylučuje hormony adrenalin (má podobnou funkci jako sympatický nervový systém) a noradrenalin, který nepřímo způsobuje odbourání glykogenu jako rychlého zdroje energie.
- **hypofýzy** – uvolněním adrenokortikotropního hormonu (ACTH) se vyplaví z dřeně nadledvinek skupina hormonů, z nichž nejdůležitější je kortizol, jenž je označován za hlavní stresový hormon. Dále ACTH ovlivňuje jiné endokrinní žlázy a stimuluje odbourávání tuků (Atkinson et al, 2003).

Během stresu se vylučují do těla endorfiny, které tlumí bolest. *„Slezina vylučuje více červených krvinek, které rozvádějí po těle kyslík. Kostní dřeň vytváří více bílých krvinek, jež organismu pomáhají v boji proti infekci“* (Atkinson et al, 2003, str. 498). Objevuje se sucho v ústech jako následek vysychání slin. Krev je odvedena z trávicího traktu k mozku a kosternímu svalstvu.

Podle Hanse Selyeho jsou uvedené reakce součástí generalizovaného adaptačního syndromu, který probíhá ve třech fázích. „*V první fázi – poplachu – dochází k mobilizaci organismu, aby byl schopen vypořádat se s hrozbou. Ve druhé fázi – rezistenci – se organismus aktivně snaží vypořádat se s hrozbou. Pokud ohrožení přetrvává, nastává třetí fáze – vyčerpání*“ (Atkinson et al, 2003, str. 497).

2.1.4 Imunitní systém a stres

V poslední době můžeme pozorovat rozvoj psychoneuroimunologie. Poprvé tento nový obor nazval Robert Ader v roce 1981. Výzkumem bylo prokázáno, že existuje vztah mezi chováním, nervovým systémem a imunitním systémem. Zátěžové faktory tak mohou změnit, díky tomuto propojení, imunitu (Faleide et al, 2010).

Negativní psychické faktory ovlivňují náš imunitní systém ve smyslu snížení odolnosti vůči rakovině, infekčním chorobám, alergiím, autoimunitním chorobám. Naopak bylo pozorováno zlepšení fungování imunitního systému nácvikem relaxačních technik s cílem snížit stres.

Významnou osobností, která se věnuje psychologickým vlivům na imunitní systém již mnoho let, je Kiecolt-Glaser. Tato americká psychiatrická napsala řadu odborných publikací a článků s psychoneuroimunologickou tematikou. Například se věnovala etiologii vzniku nádorových onemocnění. Došla k závěrům, že zapojení imunitního systému je značně závislé na konkrétním typu nádoru (Kiecolt-Glaser et al, 2002). Také zkoumala hladinu hormonů ve stresových situacích. Pozorovala zvýšenou hladinu katecholaminů u lidí v rozvodovém řízení nebo v manželských hádkách (Kiecolt-Glaser et al, 2003).

Spolu s týmem odborníků publikovala několik odborných prací, např. na téma:

- *Manželství a zdraví: Jeho a její* (2001),
- *Emoce, nemocnost a úmrtnost: Nové perspektivy psychoneuroimunologie* (2002),
- *Mírné depresivní příznaky jsou spojeny s větší a delší zánětlivou reakcí po očkování proti chřipce u starších dospělých* (2003),
- *Stresem vyvolané imunitní dysfunkce: Dopady na zdraví* (2005) (OSU, 2014).

2.1.5 Zvládání stresu

Zvládání stresu je úsilí směřující k eliminaci energie, která stres vytvořila. Velmi důležité je zaměřit se na způsoby, jak snížit působení stresu a jak získat co největší kontrolu nad mírou jeho prožívání.

„Proces, kterým se člověk snaží vyrovnat se se stresovými situacemi, se nazývá zvládání (anglicky coping) a má dvě hlavní formy“ (Atkinson et al, 20003, str. 510). Člověk se může zaměřit na vědomé zvládání situace nebo emocí spojených s touto situací:

- **Zvládání problému či situace** – strategie při řešení situace je zaměřena na vymezení problému, hledání nejvhodnější alternativy a realizace vybrané. Možnosti, jak problém vyřešit, vychází z vnitřní změny (postoj, přístup) anebo vnější změny (prostředí, termín).
- **Zvládání emocí** – tato strategie se používá v případě, kdy nám negativní emoce znemožňují vyřešit problém. Také v případech, kdy je problém neovlivnitelný. Behaviorální strategie zmírňují velikost problému (např. tělesné cvičení, sociální opora přátel). Kognitivní strategie zahrnuje přehodnocení situace a odsunutí problému z vědomí (Atkinson et al, 2003).

Behaviorální reakce na stres se projevují jako změna chování každého jednotlivce ve stresové situaci. U lidí ve stresu můžeme pozorovat:

- určitou formu chování – např. zahánění stresu jídlem,
- hyperaktivitu při vykonávání činností,
- dezorganizaci činností, neschopnost stanovit si priority,
- sníženou toleranci pro frustraci,
- nepřiměřenou reakci, podrážděnost,
- pozorovatelné změny fyziologických funkcí – např. rudnutí, zrychlený dech,
- nesprávné vyhodnocení reálných situací (Mastiliaková, 2010).

Obranné mechanismy

Obranné mechanismy jsou převážně nevědomé strategie zaměřené na emoce. Stresovou situaci nemění, ale ovlivňují, jak člověk situaci vnímá a jak o ní přemýšlí. Obranné mechanismy pomáhají člověku překonat nepříjemné situace. *„Obranné situace jsou projevem špatného přizpůsobení osobnosti, když se stanou převládajícím způsobem reagování na problémy“* (Atkinson et al, 2003, str. 514).

Hlavní obranné mechanismy:

- **Vytěsnění** – vyloučení nepříjemných pocitů a vzpomínek z vědomí. Liší se od potlačení, kterým označujeme úmyslné sebeovládání.
- **Racionalizace** – přidělení logických a sociálně přijatelných motivů nežádoucímu chování. Např. nestihl jsem to, protože jsem musel dělat jinou práci.
- **Reaktivní formace** – potlačování nepříjemných pohnutek a jejich nahrazování chováním s opačným motivem. Např. úporný boj proti úpadku morálky těch, kteří se ocitli dříve na šikmé ploše.
- **Projekce** – přiřazování vlastních nežádoucích vlastností v přehnané míře druhým lidem.
- **Intelektualizace** – vyrovnání se se stresovou situací získáním emočního odstupu a používáním abstraktních, intelektuálních termínů.
- **Popření** – popírání vnější reality, která je příliš nepříjemná.
- **Sublimace** – přesunutí potřeby, která nemůže být uspokojena určitým způsobem, na náhradní cíl. Náhradní činnost snižuje napětí, např. erotické impulzy lze vyjádřit nepřímo hudbou (Atkinson et al, 2003).

2.2 Vliv dětství

Veškeré složky osobnosti – chování, myšlení, pocity a motivy souvisejí s mezilidskými vztahy – buď jako příčina, nebo jako následek. Jde o křehkou rovnováhu mezi závislostí na jedné straně a usilováním o samostatnost na straně druhé. Rané mezilidské vztahové vzorce formují osobnost a působí na to, jak vnímáme svět okolo sebe a jak na něj reagujeme. „*V ideálním případě získává dorůstající dítě od svých rodičů dobře dávkovanou směs sestávající z potvrzování, aktivní lásky, rad a popř. ochraňování*“ (Tress et al, 2008, str. 45).

Na základě identifikace s těmito rodičovskými postoji dochází k internacionalizaci rodičovského chování, které vede k typickým způsobům chování ve vztahu k druhým lidem. Na základě introjekce rodičovských vzorců se vyvíjí postoj k vlastní osobě – sebeláska, sebezpřijímání. V případě narušení těchto vztahových vzorců dochází k poruše osobnosti se sklonem k sebeobviňování, s nepřátelskými rysy a abnormálním chováním. Hlavní problém psychogenně nemocných spočívá v jejich

narušené schopnosti mít uspokojivé vztahy. Již dětská období těchto pacientů jsou výrazněji zatížena stresory (Tress et al, 2008).

Poněšický (2012) hovoří o deficitu jáské funkce a její kompenzaci tělesným „já“. Charakter člověka chápe jako výsledek dynamického procesu, při němž se skloubí pudově afektivní biologické a vrozené „ono“ s výchovou, kulturními normami i vlastními zkušenostmi ovlivněným „nadjá“ a tím vzniká vlastní „já“. Příčinu jáských defektů spatřuje v nedostatečném naučení a osvojení jáských kompetencí, které jsou způsobeny výchovným zanedbáním. Buď rodiče dítě rozmazlují, anebo se dítěti málo věnují. Následkem toho dochází k nejistotě, úzkosti, bezmocnosti v určité meziosobní situaci a automatickému vyhýbání se těmito situacím. Objeví se funkční příznak jako somatická reakce těla na vzniklou situaci (Poněšický, 2012).

V oboru psychopatologie se můžeme i u dětí setkat s pojmem resilience. Představuje schopnost jedince vypořádat se se stresem a negativními okolnostmi. Jde o dynamický děj vyjadřující vzájemné působení mezi dítětem, rodinou a prostředím v průběhu času. Resilience představuje souběh okolností, které představují faktory:

- Vliv nepříznivých podmínek a okolností (tzv. rizik) – genetických, biologických, psychologických, environmentálních, socioekonomických.
- Schopnost adaptace na tyto podmínky a okolnosti.

Osobnostní rysy související s resiliencí byly pojmenovány termínem odolnost (hardiness). Rizika zvyšují pravděpodobnost špatné adaptace a výskyt zhoršení školního výkonu, problémů sociálního přizpůsobení nebo negativních důsledků na fyzickém i psychickém zdraví. Toto negativní působení rizik eliminují tzv. protektivní faktory. Lze je rozdělit na:

- **Faktory kompenzační** – neutralizují vliv škodlivých faktorů (např. víra, optimismus, respekt a láska rodičů, bezkonfliktní rodina).
- **Faktory zvyšující odolnost** – zvládnuté stresové situace snižují citlivost jedince vůči stresu.

Je třeba mít na mysli, že resilience je celoživotní proces s vzestupy a pády a že nelze předpovídat dopad negativní události v dětství na pozdější život v dospělosti (Šolcová, 2009).

Dalším pojmem, který zaujímá ve vývoji dítěte důležité postavení, je citová vazba. Ta je definována jako *„trvalé emoční pouto, charakterizované potřebou*

vyhledávat a udržovat blízkost s určitou osobou, zejména v podmínkách stresu“ (Šolcová, 2009, str. 38).

Psycholog Bowlby provedl ve 40. letech studii mladistvých zlodějů, kde dokázal vliv špatného rodinného prostředí na vývoj v raném dětství. Avšak hlásal, že citová vazba a vývoj jedince jsou utvářeny již časnou zkušeností, ale na základě zkušeností v dalším období mohou být změněny, např. kvalitním vztahem s pečující osobou a citově stimulujícím prostředím (Šolcová, 2009).

2.3 Vliv životních událostí

V 50. letech minulého století si všimla skupina úředníků zdravotních pojišťoven, že vdovy po zavalených hornících mají více závažných zdravotních obtíží než srovnatelná populační skupina žen, kterou taková událost nepoznamenala. Po více než patnácti letech celosvětových klinických výzkumů sestavili američtí psychologové Holmes a Rahe známou tabulku životních událostí a změn. Ke každé životní události přiřadili určitou bodovou hodnotu. Pokud někdo prožije tolik změn, že jejich výsledný součet za posledních 12 měsíců přesáhne 350 bodů, je vážně ohrožen vznikem psychosomatického onemocnění (Holmes, Rahe, 1967).

Wyler, Masuda a Holmes (1970) se věnovali výzkumu, který sledoval souvislost mezi množstvím životních změn a závažností následně vzniklých nemocí. Na základě zjištění publikovali stupnici závažných onemocnění The Seriousness of Illness Rating Scale (SIRS). Z provedených výzkumů vyplynulo, že čím člověk prožije více životních změn, tím závažněji onemocní (Wyler et al, 1970).

„Čím více nám událost připadá neovlivnitelná, nepředvídatelná a náročná na naše schopnosti a naše sebepojetí, tím častěji ji vnímáme jako stresovou“ (Atkinson et al, 2003, str. 489). Vnímání neovlivnitelnosti je pro naše hodnocení stresové situace stejné jako reálná neovlivnitelnost této situace. Možnost tuto situaci předvídat nám umožňuje se na tento okamžik připravit, čímž se obvykle následky této stresové situace zmírní. Pokud se nám zdá, že situace na nás klade nepřiměřené nároky, vnímáme ji negativně a můžeme dosáhnout až pocitu nezvládnutelnosti. Je třeba mít na mysli i fakt, že událost, která byla prvotně pozitivní, může být časem vnímána jako stresová, neboť vyžaduje značnou míru přizpůsobení. Příkladem může být sňatek (Atkinson et al, 2003).

Tabulka 1: Bodová škála životních událostí

Událost	Body
Úmrtí partnera, partnerky	100
Rozvod	73
Rozvrat manželství	65
Uvěznění	63
Úmrtí blízkého člena rodiny	63
Úraz nebo vážné onemocnění	53
Sňatek	50
Ztráta zaměstnání	47
Usmíření a přebudování manželství	45
Odchod do důchodu	45
Změna zdravotního stavu člena rodiny	44
Těhotenství	40
Sexuální obtíže	39
Přírůstek nového člena do rodiny	39
Změna zaměstnání	39
Změna finančního stavu	38
Úmrtí blízkého přítele	37
Přeřazení na jinou práci	36
Závažné neshody s partnerem	35
Půjčka vyšší než jeden průměrný roční plat	31
Splatnost půjčky	30
Změna odpovědnosti v zaměstnání	29
Syn nebo dcera opouští domov	29
Konflikty s tchánem, tchýní, zetěm, snachou	29
Mimořádný osobní čin nebo výkon	28
Manžel, manželka nastupuje či končí zaměstnání	26
Vstup do školy nebo její ukončení	26
Změna životních podmínek	25
Změna životních zvyklostí	24
Problémy a konflikty se šéfem	23
Změna pracovní doby nebo pracovních podmínek	20
Změna bydliště	20
Změna školy	20
Změna rekreačních aktivit	19
Změna církve nebo politické strany	19
Změna sociálních aktivit	18
Půjčka menší než průměrný roční plat	17
Změna spánkových zvyklostí a režimu	16
Změny v širší rodině (úmrtí, sňatky)	15
Změny stravovacích zvyklostí	15
Vánoce	12
Přestupek (např. dopravní) a jeho projednávání	11

Zdroj: Holmes a Rahe, 1967

2.4 Salutogeneze

Později se však ukázalo, že důsledek dopadu závažné události je ovlivněn řadou faktorů a bodová hodnota je relativní. Existují faktory, které zmírňují následky životních událostí. Salutogeneze je opak patogeneze. Aaron Antonovsky se zaměřil na faktory (salutory), které pomáhají člověku utvářet zdraví a napomáhají úspěšně zvládnout stres. Salutogeneze klade důraz na ty okolnosti, které jedinci pomáhají udržovat se ve zdraví.

Pomocí dotazníku SOC (Sense of Coherence) Antonovsky zjišťoval soudržnost či integrovanost osobnosti. Studoval vztahy mezi chudobou, zdravotním stavem a „sense of coherence“ (cítěním soudržnosti), které pojmenoval EOC tzv. experience of coherence (zkušenosti s udržováním psychického stavu). Zkoumal skupinu lidí, kteří prožili silný traumatický zážitek, ale přesto byli v relativně dobrém stavu. Důkladně se zajímal o jejich osobnostní charakteristiky. Došel ke třem dimenzím EOC:

- **Smysluplnost** činnosti, kterou člověk dělá.
- **Srozumitelnost** situací.
- **Zvládnutelnost** problémů, před nimiž člověk stojí.

Antonovsky byl přesvědčen, že tyto vlastnosti vypovídají o stavu daného člověka v každodenním životě (Slavík, 2012).

Nejúčinnější z osobnostních rysů je naše vnitřní odolnost, aktivní přístup k životním změnám. Tato vlastnost patří k dalším protektivním faktorům. Susan Kobasová pojmenovala **odolnost** (hardiness) jako osobnostní charakteristiku pacienta vyjadřující jeho ochotu rozpoznávat, chápat a ovlivňovat těžkosti, které ho v životě potkají. Tato vlastnost se skládá ze tří komponent:

- **Ztotožnění x odcizení** – vyjadřuje míru účelnosti a smysluplnosti životních aktivit.
- **Kontrola x bezmocnost** – vyjadřuje míru vlivu na životní události a míru zvládnutelnosti situace.
- **Výzva x hrozba** – vyjadřuje schopnost situaci řešit nebo od řešení odstoupit (Slavík, 2012).

Nejnovější poznatky poukazují na to, že protektivní faktory se uplatňují pouze v přítomnosti rizik. Fungují doslova jako inhibitory patologických procesů (Tress et al, 2008).

Mezi další protektivní faktory lze zařadit i optimismus. Jaro Křivohlavý poukazuje na hlavní cíl pozitivní psychologie – věnovat se silným stránkám naší psychiky. Řadou studií byl prokázán kladný vliv optimismu na činnost imunitního systému, dodržování protektivních opatření v péči o zdraví, fyzickou kondici, odolnost vůči zátěži, úspěšnost v pracovní oblasti (Křivohlavý, 2012).

Americký psycholog Martin Seligman (1998) ve své knize *Learned optimism: How to change your mind and your life* hodnotí přístup optimistů a pesimistů k životním problémům. Život přináší stejné prohry a tragédie optimistům i pesimistům. Ale optimista se s nimi vyrovná lépe, po životní prohře se zvedne a jde dál. Optimista dosahuje i lepších výsledků ve škole a v práci, díky lepšímu fyzickému zdraví může dokonce i déle žít. Mezi optimistou a pesimistou je rozdíl i ve vnímání pozitivních situací, pesimista je často pronásledován předtuchou katastrofy (Seligman, 1998).

2.5 Sociální opora

Prokazatelně protektivní charakter má i vnější podpora – emoční a sociální opora (Baštecký et al, 1993). Sociální oporou rozumíme pozitivní působení lidí na jedince v obtížné situaci. „*Přirozeným zdrojem sociální opory je především rodina, kde akceptování, pomoc či povzbuzení každému členu tvoří součást jejich funkcí a podílí se na utváření jistoty a bezpečí od raného dětství*“ (Paulík, 2010, str. 24).

Tato forma podpory a pomoci je také poskytována přáteli, kolegy, známými. Kvalita, pevnost a hustota této tzv. sociální sítě, která je určena počtem osob a hloubkou jejich vzájemných vztahů, má přímý vliv na kvalitu a spolehlivost poskytované sociální opory (Slezáčková, 2012).

Sociální opora zahrnuje čtyři typy chování:

- emoční podpora (empatie, důvěra),
- instrumentální pomoc (půjčení peněz, pomoc při práci),
- informační podpora (podání informací, vysvětlení),
- hodnotící podpora (zhodnocení úspěšnosti) (Baštecký et al, 1993).

2.6 Osobnostní chování

Individuální osobnostní vlastnosti ovlivňují naše chování, prožívání a reakce na stres. Určují náš životní styl a tím ovlivňují i náš zdravotní stav. Bylo prokázáno,

že velký počet pacientů s tzv. A typem chování onemocní esenciální hypertenzí. Tito lidé se vyznačují úspěšným, hektickým životním stylem, netrpělivostí až agresivitou. Projevuje se u nich výrazná touha po úspěchu a uznání. V jejich komunikaci převažuje zrychlená řeč, gestikulace, skákání do řeči, svalové napětí obličejových svalů. Pozorujeme u nich odstup ve vztazích, málo se zdržují v rodině.

Naproti tomu u pacientů s tzv. B typem chování pozorujeme zdravý životní styl a klidné, vyrovnané chování. Nemají sklon k neurotickému perfekcionismu, v práci bývají adekvátně výkonní. Mluví zdvořile, asertivně, bez svalového napětí. Hodně času tráví s rodinou.

Osobnosti s tzv. C typem chování inklinují ke vzniku karcinomu. Jsou pesimističtí, vyhýbají se konfliktům. Mají pocit beznaděje a bezmoci (Kohoutek, 2007).

3. DIAGNOSTIKA A PROJEVY PSYCHOSOMATICKÝCH PORUCH

3.1 Zásady správné diagnostiky

Známkou kvalitního, profesionálně zdatného, biologicky orientovaného lékaře je bezproblémová diagnostika na základě zjištění objektivních nálezů a následná terapie. Preferuje se kázeň, zodpovědnost a vyspělé technologie. Lékař vystupuje ve vztahu k pacientovi jako důvěryhodná, autoritativní, zodpovědná a profesionálně zdatná osoba. Z pohledu psychosomatiky je právě vztah lékař–pacient v diagnosticko-terapeutickém hledisku klíčový a odlišný od pojetí v biomedicině. Tento vztah je důležitým odrazem pacientova chování k lidem v okolí a možnou příčinou konfliktů. Mnoho nám napoví i mimika, spontánnost, prezentace problému, celkový dojem. Zkušený lékař by neměl nikdy opomenout způsob prezentace pacientových obtíží. U mnoha psychosomatických onemocnění a funkčních poruch můžeme pozorovat typické projevy v chování. Jako příklad lze uvést kardiaky, u nichž můžeme pozorovat sebezprosazující chování a projevy hostility. Je třeba mít na paměti, že způsoby chování se mění s průběhem nemoci (Baštecký et al, 1993).

Základním principem správně provedené epikrízy je neustálá a dynamická propojenost všech aspektů s komplexním hodnocením pacientovy problematiky. Při kontaktu s pacientem je žádoucí ujasnit si odpověď na několik okruhů otázek (Baštecký et al, 1993).

Vycházíme z oblastí:

1) Vztah lékař–pacient

Charakter vztahu je určen místem, kde se pacient s lékařem setkává. Jinou hloubku a kvalitu bude mít vztah k praktickému lékaři, jiný bude k chirurgovi či internistovi na lůžkovém oddělení. Důležitá je kvalita vztahu. Lékař by měl být méně autoritativní a měl by umět pacientovi naslouchat. Nemocný by měl být méně submisivní a převzít více zodpovědnosti za průběh nemoci a výsledek léčení (Baštecký et al, 1993).

2) Individuální dispozice pacienta

Jde o souhrn všech vrozených a získaných faktorů, které se podílejí na vzniku a průběhu onemocnění. *„Individuální dispozici lze tedy chápat jako soubor možných odchylek provázejících složitou souhru psychosociálních a psychofyzilogických funkcí, zákonitě determinovanou vývojovými úkoly životních period a krizí. Probíhající však v individuální neopakovatelné podobě životní historie jedince“* (Baštecký et al, 1993, str. 112).

3) Symptomy

Velmi záleží na interpretaci příznaků pacientem, na jeho postoji k nemoci. Pacient může příznaky potlačovat, chybně si je vysvětlovat, pokoušet se o léčení vlastními metodami. Lékař na základě pravidel biomedicíny vytváří svou verzi pacientových obtíží a určuje diagnózu (Baštecký et al, 1993).

4) Vyvolávající situace

Nemoc se dostavuje v určitém čase, prostoru, za určitých okolností. Je třeba hledat souvislost mezi situací, která nemoc vyvolala, a klinickými projevy. Někdy patrná vyvolávající situace není nalezena, anebo je mylně zaměněna za situaci, která časově předcházela (Baštecký et al, 1993).

5) Vliv rodiny

Vliv rodiny na vývoj a zrání člověka je nepopiratelný. V dospělosti se projevuje v oblasti citové, etické i v oblasti racionálního chování. Vlastní rodina může být zdrojem pozitivních impulzů, ale i silných patogenních vlivů. *„Rodina je sociální skupina, jejíž chování má přesné zákonitosti“* (Baštecký et al, 1993, str. 113).

Pokud dojde k dysfunkci rodiny, pak je ovlivněno psychické i somatické zdraví jejích členů. Paradoxně onemocnění v těchto případech jedince chrání a udržuje rodinnou rovnováhu. Není možno úspěšně pacienta léčit izolovaně. Je třeba navázat kontakt s rodinou a řešit optimálně situaci (Baštecký et al, 1993).

6) Sociální faktory

Každá sociální změna v životě znamená pro člověka jako člena společnosti zásah. Největší následky zanechá změna v sociálním postavení, která se dotýká představy o naší schopnosti či zasahuje do citového vztahu. Nejrizikovější se jeví ztráta klíčové osoby, změna sociálního statusu, nedostatek sociální opory (Baštecký et al, 1993).

7) Význam a následky onemocnění

Následkem onemocnění pacient vždy něco ztrácí. Lze však vypožorovat i určitý profit z nemoci. Setkáváme se s pojmem primární zisk, který je charakterizovaný péčí, klidem, úlevami. Sekundární zisk chápeme jako prospěch ve smyslu sociálních výhod, zvýšené pozornosti ze strany blízké osoby, možnosti manipulace s druhými. Častěji jde o nevědomé reakce (Baštecký et al, 1993).

3.2 Somatoformní poruchy

Somatoformní poruchy (F. 45) lze charakterizovat jako přetrvávající biomedicínsky nevysvětlitelné tělesné poruchy. Je zde patrný nepoměr mezi subjektivními potížemi a objektivním nálezem. Pacienti se opakovaně dožadují nových vyšetření. Symptomy se často objevují v časové souvislosti s nepříjemnými životními situacemi a konflikty.

Rozlišujeme několik typů těchto poruch:

- **Somatizační poruchy** – minimálně dva roky trvající proměnlivé tělesné symptomy, pro které nenalzáme dostatečné somatické vysvětlení.
- **Nediferencované somatizační poruchy** – různé obtíže bez somatického nálezu vyskytující se po dobu minimálně 6 měsíců.
- **Autonomní funkční somatoformní poruchy** – subjektivní obtíže vztahující se k jednotlivým orgánům či systémům, které jsou kontrolovány vegetativním nervovým systémem (kardiovaskulárním, respiračním, gastrointestinálním, urogenitálním), bez patologického nálezu. Řadíme sem i objektivně zjistitelné symptomy (červenání se, chvění) a klinické obrazy nemocí (srdeční neuróza, dyspepsie).
- **Přetrvávající somatoformní bolestivé poruchy** – somaticky nevysvětlitelná skličující bolest, která se objevuje ve spojení s psychosociálními problémy.
- **Hypochondrická porucha** – dlouhodobá obava z tělesné nemoci nebo tělesné vady, provázená usilovným sledováním těla. Patří sem i přesvědčení o zohavení (dysmorfofobická porucha).
- **Jiné a nespecifické somatoformní poruchy** – lokalizované, stálé, ale nespecifikované obtíže, bez vegetativních projevů (bruxismus, pruritus) (Tress et al, 2008, Chromý et al, 2005).

Tabulka 2: Symptomatika somatoformních poruch

zvracení	zdvojené vidění
bolesti břicha	rozmazané vidění
bolesti v podbřišku	slepota
nevolnost	bezmoc, bezvědomí
nadýmání	ataky, křečové záchvaty
průjem	obtíže při chůzi
nesnášenlivost různých pokrmů	zchromnutí, či svalová slabost
bolesti v rukou či nohou	zadržování moči, obtíže při močení
bolesti v zádech	pocit pálení v pohlavních orgánech
bolesti kloubů	sexuální lhostejnost
bolesti při močení	bolesti při pohlavním styku
jiné bolesti	bolesti v řitním otvoru
dušnost	impotence
dýchavičnost	nápadná únava
tlukot srdce a nepravidelný tep	ztráta chuti
bolesti na prsou	zácpa
závrať, omámenost	zesílené chvění a třes
ztráta paměti	zesílené pocení
obtíže při polykání	pocity hluchoty či mravenčení
ztráta hlasu	návaly horka a zimnice
ztráta sluchu	

Zdroj: Tress et al, 2008, str. 89

Pacienti se liší nejen příznaky, ale také dalšími hledisky:

- **Názory na příčinu nemoci** – někteří vidí pouze somatickou příčinu, jiní si rychle dokážou připustit psychickou příčinu.
- **Chování v nemoci** – někteří navštěvují pravidelně svého praktického lékaře, jiní střídají ošetřující lékaře, vyžadují další vyšetření, popř. operace.
- **Doprovodné emoční reakce** – poruchy mohou být doprovázeny celou řadou emočních reakcí – úzkostí, agresivitou, depresí (Tress et al, 2008).

Tabulka 3: Parametry, které mluví pro výskyt funkčních poruch

existence všeobecných příznaků	difuzní, nepřesně popsatelné obtíže
dlouhá anamnéza	častá proměna symptomatiky
častá změna lékaře	obdobné potíže okolí
velký počet obtíží	nesrovnalosti mezi subjektivními obtížemi a objektivními nálezy

Zdroj: Tress et al, 2008, str. 94

3.3 Psychosomatická onemocnění

V ambulanci praktického lékaře se nejčastěji setkáváme s těmito psychosomatickými onemocněními.

KARDIOVASKULÁRNÍ SYSTÉM

Koronární srdeční onemocnění

Řadíme sem anginu pectoris a infarkt myokardu. Projevují se bolestmi za hrudní kostí vystřelujícími do levé paže, popř. do zad. Subjektivně pacient vnímá úzkost a strach. Příčina těchto onemocnění je multifaktoriální. Na vzniku nemoci se podílejí vlivy genetické, výživa, kouření, hypertenze, diabetes mellitus, psychosociální zátěžové faktory. U těchto pacientů pozorujeme nadměrné zaměření na výkon, tzv. osobnostní vzorec chování typu A. K spouštěcím situacím často patří subjektivně vnímaný rozpor mezi podávaným výkonem a představou, jak by to mělo ideálně být. Pacienti si z emocionálně chudého dětství odnášejí pocit, že uznání je možné získat pouze pomocí výkonu. Současně jsou tito pacienti depresivně naladěni, nepřátelští, nedůvěřiví a úzkostní. Velmi nápadným rysem je pacientovo popírání potíží. Problémy bývají s léčbou bezprostředně po prodělaném infarktu. Závislost se pacientovi, zvyklému

na samostatnost a hyperaktivitu, příčí. Verbalizováním problému ze strany pacienta a vhodný psychoterapeutický rozhovor dokáže pacienta úspěšně provést rekonvalescencí.

Srdeční neuróza

Projevuje se srdeční bolestí bez orgánového nálezu. Zhruba u poloviny těchto pacientů převládají fobie a úzkost a u druhé poloviny převládá bolest. Pacienti se srdeční neurózou své obtíže nepopírají, ale naopak je zdůrazňují. U těchto pacientů často nalézáme matčin výchovný styl, který omezoval samostatnost a podporoval závislost. Pacienti se vyznačují častými návštěvami lékaře a naléháním na provádění nových diagnostických vyšetření (Tress et al, 2008).

Esenciální hypertenze

Jedno z nejčastějších onemocnění v ordinaci praktického lékaře. Hypertenze často probíhá bez příznaků. Pokud se již objeví symptomy, jako bolesti hlavy, závrať, hučení v uších, popřípadě poruchy zraku, signalizují cévní komplikace. Vystupňované problémy, projevující se jako bušení srdce nebo dyspnoe, nazýváme hypertenzní krizí. Etiologie tohoto onemocnění je multifaktoriální, jedná se o geneticko-konstituční faktory spojené s výživou a opět psychosociální faktory. Často najdeme mezi nemocnými s hypertenzí osobnosti, které navenek působí mírumilovně a bezproblémově, ale ve skutečnosti se jedná o lidi, kteří potlačují zlobu a agresivitu. Tito pacienti nechtějí při léčbě spolupracovat, předepisování léků berou jako vlastní omezování. Často protestují proti autoritativně vystupujícímu lékaři, který jim připomíná represivní výchovu v dětství. Cílem lékařova snažení by měla být lepší pacientova spolupráce (Tress et al, 2008).

DÝCHACÍ SYSTÉM

Hyperventilační syndrom

Tento syndrom se projevuje parestézií v oblasti rukou a nohou, křečemi rukou, bušením srdce, bolestí srdce, malátností, závratí, úzkostí. Příčinou bývá zrychlené a prohloubené dýchání. Spouštěcí situací se jeví intrapsychické konflikty. V osobnosti pacientů nenacházíme žádné společné rysy (Tress et al, 2008).

Astma bronchiale

Při záchvatu pozorujeme dušnost, dýchání doprovázené pískoty, pocit tlaku na prsou, úzkost až strach, podrážděnost. Na vzniku astmatu se podílí multifaktoriální vlivy, geneticko-konstituční a psychosomatické vlivy. Mnohdy bývá vyvoláno kombinací více faktorů, které se na spuštění astmatu podílí – alergenů, infekce, fyzikální podněty, emoce ve smyslu potlačeného afektu, pocitu bezmocnosti, beznaděje. U těchto pacientů se vyskytují konflikty z dětství týkající se autonomie a závislosti. Pacienti často své problémy popírají anebo bagatelizují (Tress et al, 2008).

TRÁVICÍ TRAKT

Funkční porucha trávicího traktu

Každý lékař má praktické zkušenosti s propojením psychiky s gastrointestinálním traktem. Ať už se jedná o průjem před důležitou zkouškou anebo snížení chuti k jídlu při prožívání smutku. Usuzuje se, že téměř 40 % lidí má obtíže v horní části zažívacího ústrojí. Pouze čtvrtina z nich však navštíví lékaře. Ukazuje se, že každá druhá návštěva gastroenterologa má příčinu ve funkční poruše trávicího traktu. K hlavním symptomům řadíme: dysfagie, nechutenství, nadměrné říhání, bolesti na hrudi nekardiálního původu, dyspepsie, meteorismus, bolesti v podbřišku, průjem, zácpa. Obtíže při funkční poruše trvají v epigastrické oblasti nejméně čtyři týdny a ve střevní oblasti nejméně tři měsíce a opakovaně recidivují. Většina pacientů popisuje, že zažívacím potíží předcházela stresující životní událost, např. ztráta sociálních kontaktů, obtíže v rodině, stěhování. U pacientů nenacházíme jednotné osobnostní vlastnosti. Avšak více než polovina těchto pacientů bývá depresivní a úzkostná. Výzkumy ukazují, že značná část pacientů byla v dětství zneužívána. Tito pacienti bývají nedůvěřiví (Tress et al, 2008).

Žaludeční vřed a vřed dvanácterníku

Projevují se křečovitou, palčivou bolestí v nadbřišku, buď bezprostředně po jídle, anebo na lačný žaludek. Dvanácterníkový vřed bolí často v nočních hodinách a zlepšení se dostaví po příjmu potravy. Na vzniku nemoci se podílí více faktorů. Mezi nejčastější patří: bakterie *Helicobacter pylori*, genetické predispozice, zvýšená hladina pepsinogenu – I, psychosomatické faktory. Z psychických faktorů lze jmenovat přestěhování, rozchod, nárůst odpovědnosti v souvislosti s osamostatňováním. S tímto

typem onemocnění se setkáváme u různých typů osobnosti. Jde o pacienty neuroticky depresivní, citíždostivé, pasivní a závislé, přizpůsobivé, nevýrazné. Pacienti zvýšeně trpí při současné závislosti na alkoholu, lécích, kouření. Riziko rozvoje onemocnění představuje i deprese (Tress et al, 2008).

Colitis ulceróza

Pro toto onemocnění jsou typické krvavé, hnisavé či hlenovité stolice, bolesti v břiše, nevolnost, úbytek na váze. Jde o chronické zánětlivé onemocnění především rekta a tračníku s otoky, překrvením a vředy. Často se střídá remise (období bez příznaků) s relapsem (stav, kdy se zánět znovu objeví). Kromě multikauzální etiologie se na vzniku spolupodílí genetika a psychosomatické vlivy. Mezi pacienty můžeme pozorovat dva typy charakteru – závislý a pseudonezávislý, který zdůrazňuje svoji nezávislost. Jsou to často lehce zranitelní lidé. Onemocnění vyvolává ztráta nebo odloučení důležité osoby, na kterou se upínají. Pacienti neradi hovoří o svých pocitech, o to podrobněji hovoří o svých tělesných symptomech. Nutkání na stolicí vede k problémům jak v pracovní, tak i v osobní a sexuální oblasti. V krajním případě vedou vyhybavé strategie až k sociální izolaci (Tress et al, 2008).

Morbus Crohn

Nemoc provází řídké průjmy bez příměsí, nespecifické bolesti břicha, nevolnost, horečka, únava, tvorba píštělí. Nemoc je charakterizována jako chronické zánětlivé recidivující onemocnění převážně tenkého a tlustého střeva. Na vzniku nemoci se podílejí faktory genetické, imunologické, infekční, spojené se stravou, psychosomatické. Pacienti s Crohnovou chorobou jsou podobně závislí jako pacienti s ulcerózní kolitidou, ale často depresivnější a agresivnější, nestahují se však v takové míře do sebe. Psychosociální spouštěče jsou sporné. Podobně jako pro pacienty s ulcerózní kolitidou jsou pro tyto pacienty stresující rozchod anebo odloučení (Tress et al, 2008).

Diabetes mellitus

Nemoc se projevuje poruchou látkové výměny, charakterizovanou zvýšenou hladinou glykémie (nad 5,6 mmol/l). Rozeznáváme dva základní typy: diabetes I. typu, kdy je pacient závislý na inzulínu, a diabetes II. typu, kdy pacient není závislý na inzulínu, ale tělo nedokáže inzulín dostatečně využívat. Zvlášť mladí diabetici špatně snášejí pečující a starostlivé chování svých rodičů, protestují proti tomu a

nespolupracují. Zhoršená spolupráce vede k nedodržování diety a léčebného režimu, a tím ke zhoršování onemocnění a následné zvýšené kontrole a péči. Přijetí pomoci vnímají jako ohrožení pocitu vlastní hodnoty (Tress et al, 2008).

PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Anorexia nervosa

Tato porucha se projevuje hladověním, zvracením, nadměrným užíváním projímadel, úbytkem hmotnosti, zácpou, sekundární amenoreou, změnou pokožky, infekcemi. Po psychické stránce se setkáváme s arogancí, zkresleným vnímáním vlastního těla a postupně i se sociální izolací. Nemoc většinou nacházíme u dívek, nejčastěji začíná mezi 13. a 15. rokem. Může končit až smrtí či sebevraždou (až polovina případů). Mezi situace, které mohou onemocnění spustit, řadíme – odloučení od rodiny (internát, odloučení sourozence), zneužívání, ale i zdánlivé nevinné poznámky vztahující se k postavě. V osobnosti pacientky nacházíme úzkostnost, závislost, bojácnost, orientaci na výkon. Hladovění je pacientkami vnímáno jako důkaz nezávislosti na prostředí a potřebách, zachování autonomie. Pacientky se nemocí chtějí vymanit ze závislosti na rodičích a získat pocit, že jsou samostatnou bytostí. Často se pacientky dostávají do sociální izolace. V rodině nemocných nacházíme neventilované napětí a nejsou zde respektovány hranice jednotlivých členů domácnosti. Pacientka i rodina nezřídka onemocnění popírají. Při léčbě pacientky lžou, nedodržují léčebná opatření a podvádějí. Vztah zdravotník–pacient je zde velmi komplikovaný (Tress et al, 2008).

Bulimia nervosa

Bulimií nazýváme nekontrolovatelné přijímání velkého množství potravin s následným vyvolaným zvracením. Četnost záchvatů je různá, mohou se i střídat s obdobím bez symptomů. Většinou jsou postiženy ženy mezi 10 a 30 lety, všech sociálních vrstev a různého stupně vzdělání. V popředí zájmu pacientek je nutková potřeba jíst a zároveň chorobný strach z nárůstu hmotnosti. Vyskytuje se u depresivních a labilních osobností. Před nutkavým záchvatem žravosti mají pocit prázdnoty a osamělosti. Jídlo jim přináší úlevu a zároveň pocit viny. Po zvracení pacientka pocituje tělesné a duševní uvolnění. Jako spouštěcí situace se jeví selhání a zklamání při vstupu do dospělosti, ponižování spojené s hmotností, popřípadě urážky (Tress et al, 2008).

Obezita

V naší zemi tato nemoc představuje narůstající problém spojený s výskytem dalších onemocnění, která jsou souhrnně nazývána metabolický syndrom. Vedle kardiovaskulárních onemocnění jsou tito pacienti ohroženi cukrovkou a postižením pohybového aparátu. Nepopíratelný vliv na vzniku obezity mají genetické faktory. Odpovědnost nesou také špatné pohybové a stravovací návyky. Zároveň je potřeba brát v úvahu i psychosociální vlivy obezity. Řada pacientů jídlo vnímá jako náhradu za mateřskou lásku nebo jako obranný prostředek při depresivní náladě či pocitu osamělosti. Některým pacientům jídlo slouží k potlačení jejich sexuálních přání. Pacienti často pocházejí z rodin, kde je vaření a jídlo hlavním prostředkem pro vyjádření náklonnosti. Výrazný problém při léčbě obezity spočívá v tom, že nemoc pacient nebere dostatečně vážně. Často popírá své patologické chování spojené s příjmem potravy. Dietní opatření jsou vnímána negativně, často jsou spojena s depresivními pocity (Tress et al, 2008).

Bolesti zad

Jeden z velmi častých důvodů, proč navštívit praktického lékaře, a jeden z nejčastějších důvodů odchodu do předčasného důchodu. Jde o chronicky recidivující onemocnění. Psychosociální zatížení a konflikty zde hrají nemalou roli. Na psychogenně spolupodmíněnou příčinu obtíží nás navedou psychické vegetativní příznaky (nadměrné pocení, poruchy spánku), rozdíl mezi objektivním a subjektivním nálezem, rezistence vůči terapii, úzkost, neklid, současná stresující životní situace, bezbolestná období nezávislá na průběhu terapie. *„Chronické bolesti nejsou závislé na jasně vymezených událostech chybného zatížení. Jsou spíše charakterizovány trvalým nepoměrem mezi muskulární výkonností a zatížitelností, popř. schopností uvolnit se“* (Tress, 2008, str. 150). U pacientů pozorujeme vyhýbání se tělesné aktivitě, u některých se vyskytuje deprese. Na rozvoji onemocnění se podílejí i psychodynamické faktory. Mezi nejčastější patří pocity bezmocnosti, které vyplývají z citového odmítání či zneužívání v dětství, emocionální ambivalentní konflikty, potlačené averzivní pocity hněvu vůči důležité vztahové osobě. Dále mohou bolesti zad poukazovat na odmítaná nevědomá sexuální přání. Každopádně by léčbě měla předcházet dostatečná somatická diagnostika. Při analýze příčin bolesti je potřeba zohlednit biografické a vztahové konflikty. Důležitým krokem je vytvoření důvěrného vztahu s pacientem (Tress et al, 2008).

KOŽNÍ ONEMOCNĚNÍ

Pokožku chápeme jako somatickou a psychickou hranici mezi vnitřním a vnějším prostředím. Prostřednictvím tohoto orgánu komunikujeme s okolím. Červenáme se nebo nám naskakuje husí kůže v emocionálně vypjatých situacích. Bledneme hrůzou, ze strachu nás poleje pot. Kožní onemocnění často komplikují mezilidské vztahy pacienta. Snižují jeho sebevědomí a mohou způsobovat až sociální izolaci. Psychologické faktory mohou dermatologické onemocnění vyvolávat, udržovat, ale i zhoršovat. U pacientů s neurodermatitidou, lupénkou, kopřivkou, herpetickou infekcí byly zaznamenány před vypuknutím onemocnění tíživé až kritické životní události. U nemocných s neurodermatitidou a kopřivkou zhoršují svědění každodenní konflikty. Zvláště trvalé rodinné či partnerské konfliktní situace způsobují trvalé napětí a řadu onemocnění pokožky. U akné se setkáváme s negativním vnímáním vlastní hodnoty. Kožní onemocnění se rovněž vlivem stresem porušeného imunitního systému špatně hojí (Morschitzky, Sator, 2007).

ORL ONEMOCNĚNÍ

V oblasti uší se setkáváme s funkční ztrátou sluchu. Náhlá úplná nebo neúplná ztráta sluchu, většinou jednostranná, doprovázená závratěmi, tlaky v uchu, nejistotou, je často způsobená potlačovaným přáním a dlouhodobým psychickým zatížením nebo ztrátou blízké osoby. Tinitus, charakterizovaný jako subjektivně vnímaný zvuk bez vnějšího zdroje, ve smyslu pískání, šumění, různých proměnlivých rušivých zvuků, má multifaktoriální etiologii. Na jeho vzniku se podílí neprojevené uznání, dlouhodobá snaha o dobro blízkých osob, neřešitelné konflikty. Pacienti se sluchovými problémy jsou na svá onemocnění velmi fixovaní, subjektivně jim způsobují zhoršení kvality života (Tress et al, 2008).

Mezi základní příčiny krčních a nosních psychosomatických onemocnění, jako je funkční dystonie, psychogenní afonie, syndrom sevřeného hrdla, vazomotorická rinopatie, lze zařadit vnitřní konflikty, vztahové konflikty, bezmocnost anebo selhání v sexuální oblasti (Morschitzky, Sator, 2007).

ONKOLOGICKÁ ONEMOCNĚNÍ

Psychosociální péče o onkologicky nemocné představuje pro zdravotníky velkou zátěž. Je zapotřebí budovat s pacientem důvěrný vztah, dostatečně jej informovat o onemocnění, terapii a poskytovat rozhovory o psychosociální problematice pacienta. Takový rozhovor pacienta emocionálně uvolní, zmírní psychickou zátěž a pacient se s nemocí lépe vypořádá. Důležité je nesnažit se pacienta blokovat ve vyjádření obav a pocitů smutku a zoufalství. Lékař by se měl snažit podporovat adaptivní formy vypořádávání se s nemocí a povzbuzovat v pacientovi pocit vlastní hodnoty (Tress et al, 2008).

4. LÉČBA PSYCHOSOMATICKÝCH ONEMOCNĚNÍ

Hlavními projevy těchto onemocnění jsou opakované somaticky různorodé stesky, které nelze vysvětlit orgánovou poruchou. Odhaduje se, že u 20–50 % pacientů v ordinaci praktického lékaře se nenajde jasná příčina obtíží. Takoví pacienti často střídají lékaře a nechávají se opakovaně vyšetřovat. Léčit tyto pacienty nebývá pro lékaře jednoduché, přesto lze postupy shrnout do následujících doporučení:

- Již v průběhu anamnézy je potřeba vytvořit důvěrnou atmosféru.
- Dát pacientovi prostor vyličit své obtíže.
- Pečlivě vyjasnit somatickou stránku nemoci.
- Informovat pacienta o diagnóze a vysvětlit mu fyziologické změny související s onemocněním.
- Zachovávat zdrženlivost v předepisování léků (např. benzodiazepinů a tišících léků).
- Zmapovat psychosociální situaci pacienta.
- Chránit pacienta před obtížnými vyšetřeními a operacemi.
- Neprovádět při negativním výsledku opakovaná laboratorní a konziliární vyšetření.
- Objednávat pacienta zhruba po čtyřech týdnech – lékař tím signalizuje, že obtíže nebere na lehkou váhu.
- Motivovat pacienty k odborné psychoterapeutické léčbě (Tress et al, 2008).

Tyto zásady jsou samozřejmě doplňovány psychoedukačními postupy, především pochopením pacientových obtíží a zároveň ujištěním o nezávažnosti, dále relaxace, úprava výživy a cvičení. Efekt je bohužel dočasný (Chromý et al, 2005).

Jako nedílnou součást léčebného procesu chápeme psychoterapeutické působení. Lze jej rozdělit na etický přístup, psychoterapeutický přístup a psychoterapii. Etický přístup chápeme jako dodržování etických pravidel každým zdravotníkem, vhodně zvolenou léčbu lege artis a v neposlední řadě vyvarování se použití nevhodných výroků. Mezi psychoterapeutické přístupy řadíme vyslechnutí pacienta, pochopení jeho reálných obtíží, zmapování jeho psychosociální situace. Psychoterapie je specifická léčba poskytovaná zdravotnickým pracovníkem se specializací v psychoterapii, nejčastěji

psychiatrem nebo psychologem. Když se lékař rozhodne pro spolupráci s psychologem, měl by pacientovi vysvětlit srozumitelnou formou, proč žádá psychologické vyšetření a co od něj očekává. Po vyšetření je nutná i zpětná vazba – informace od psychologa o případném zjištění (Baštecký, 1993).

Tabulka 4: Intuitivní srovnání z hlediska diagnosticko-terapeutického

Intuitivní přehled	
klasická medicína	psychosomatická medicína
pozornost je soustředěna na nemoc	pozornost je soustředěna na člověka
základní veličinou je nozologická jednotka	základní veličinou je stonání
jde o poznání podstaty nemoci	jde o rozumění způsobu stonání
rozpoznává a léčí se nemoc	definuje se problémová situace a ta se pak komplexně řeší
stanoví se diagnóza (poznání nemoci), z té vyplývá terapie	diagnosticko-terapeutický kruh: způsob stanovení diagnózy v sobě nese terapeutický náboj, terapeutický postup přináší diagnostické informace
postupy jsou zaměřeny na biologickou povahu nemoci	postupy jsou zaměřeny na pacienta a jeho situaci
psychické fenomény, jako nálada, způsob prožívání a chování, jsou chápány jako epifenomény	psychické fenomény jsou součástí specifického obrazu stonání určitého jedince
sociální aspekty jsou chápány jako pozadí, do popředí jsou vyzdvihovány biologické souvislosti	sociální aspekty jsou vždy důležitou součástí celého stonání a někdy zcela zásadní (anorexie)
antropologické aspekty jsou převážně ignorovány	antropologické aspekty jsou respektovány: jak obecně lidské „antropologické konstanty“ např. rituály i složité vzorce prožívání a chování, postoje dané civilizačními faktory, kulturní i individuální zvláštnosti
filozofické aspekty jsou pozitivistické – filozofie je pouhou epistemologií, naukou o vědě	filozofické aspekty revidují pozitivistické stanovisko v souvislosti s fenomenologickým pojetím lidské individuality jako vnitřního, intersubjektivně sdílitelného prožívání

Zdroj: Šavlík, Hnízdil, 2001

4.1 Psychoterapie a relaxace

Psychoterapií nazýváme medicínský obor, který léčí duševně podmíněné stavy nemoci na základě komunikace. Pojem psychoterapie lze definovat jako záměrně plánovaný interakční proces. Cílem tohoto procesu je ovlivňování poruch chování a stavů strádání, pokud se pacient, terapeut a společenská vztahová skupina shodnou, že tyto stavy vyžadují léčbu. Společným cílem je minimalizace symptomů nebo strukturní změny osobnosti pomocí verbálních i neverbálních komunikačních technik.

Psychoterapeutické metody:

- **Individuální psychoterapie** – nedirektivní metoda psychoterapie zaměřená na osobu, realizovaná ve formě rozhovoru. Základním principem je projevení empatie terapeuta, přijetí pacienta. Terapeut pomocí podnětů vede pacienta ke zlepšení koncepce sebe samého.
- **Skupinová psychoterapie** – metoda, při které pacienti ve skupině prožívají emocionální zkušenosti se sebou samými a s ostatními lidmi. Vyzkoušejí si nové chování, pochopení, identifikaci s druhými lidmi.
- **Párová a rodinná psychoterapie** – metoda se zaměřuje na změny dysfunkčních vztahů mezi členy rodiny s cílem redukovat obtíže jednotlivých členů. Diagnostika a léčba zohledňuje minulé, přítomné i budoucí interpersonální vztahy.
- **Hypnóza** – metoda, která pomocí specifických sugescí navozuje zúženou změnu vědomí. Účinkem toho dochází ke změně vegetativních reakcí a ke specifickému vlivu na psychické procesy a orgánové funkce.
- **Biofeedback** – též biologická zpětná vazba – terapeutický postup, při kterém se pacienti učí ovládat své fyziologické funkce.
- **Kognitivně behaviorální techniky** – metody léčby, kde se aplikují poznatky na základě zkušeností psychologie, např. trénink pro vypořádání se s úzkostí, systematická desenzibilace, nácvik sebekontroly, změny myšlenkových vzorců a přesvědčení, nové strategie pro řešení problémů.
- **Katatymně imaginativní psychoterapie** – tato metoda pracuje s technikou denního snění. Na základě představy standardních motivů (potok, louka) jsou aktivovány centrální oblasti konfliktů. Pacientovi se zobrazují obrazy,

ve kterých může prožívat sám sebe a zpracovává konflikty pomocí terapeutických technik.

- **Psychoanalýza** – psychoterapeut se s pacientem snaží nalézt konflikty a vztahové vzorce z dětství, které přešly do nevědomí, pracuje se při tom s přenosem a protipřenosem. Díky těmto skrytým souvislostem pacient lépe rozumí své nemoci a může si vypracovat odlišné vzorce pro řešení konfliktů.
- **Hlubinná psychoterapie** – psychoterapeut léčí aktuálně patogenně působící neurotické konflikty.
- **Psychodrama** – situace, konflikty i vztahové vzorce pacienta jsou převáděny do dramatického podání s intenzivnějším emocionálním prožíváním. Za použití různých technik (např. výměna rolí, zrcadlení) jsou konflikty předváděny s cílem změnit zpracování konfliktů.
- **Muzikoterapie** – využívá zvuky, tóny a melodie k docílení regresivních účinků a terapeutických změn.
- **Terapie tvořením** – terapie, při níž se v tvůrčím produktu (např. socha, obraz) zviditelňuje emocionální stav (např. úzkost, zloba, bezmoc, lítost). A to pacientovi umožňuje o emocionálním stavu komunikovat a zpracovávat ho.
- **Ergoterapie** – léčebná metoda, která pomocí smysluplného zaměstnání zlepšuje psychické i fyzické funkce.
- **Logoterapie** – technika pomáhající pacientovi hledat a naplnit smysl života.

Relaxační techniky – spočívají v příznivém ovlivnění stresových mechanismů. Mezi nejznámější řadíme autogenní trénink. Tato léčebná metoda spočívá v osvojení si pocitu tíhy, pocitu tepla, vnímání pravidelného dechu, tepu srdce, pocitu tepla nad solárním plexem a pocitu chladného čela. Přitom dochází k mírné změně vědomí, při které se úspěšně používá autosugesce k dosažení požadovaných cílů. Nácvik je potřeba provádět 10 minut dvakrát denně po dobu 8 týdnů. Vede k odstranění úzkosti, stresu a neklidu (Tress, 2008) (Kurzová, 2003).

4.2 Vztah lékař–pacient

Je třeba mít na paměti, že mezi nejdůležitější povinnosti lékaře bude vždy patřit úleva od nepříjemných tělesných a psychických příznaků. Stejně zásadní je vytvoření atmosféry důvěry, která podporuje pacienta a posiluje vztah pacienta s jeho rodinou. Lékař by měl věnovat dostatek času také rodinným příslušníkům (Chromý et al, 2005).

Každá komunikace má svoji obsahovou a vztahovou složku. Rozlišujeme verbální a nonverbální komunikaci. Nonverbální sdělení se vyjadřuje nevědomě pomocí tónu hlasu, emocionalitou, gestikulací, řeči těla. Zvláště v medicínské praxi hraje rozdíl mezi obsahovým a vztahovým sdělením zásadní roli. Pokud lékař během rozhovoru pacienta moc nevnímá, pacient tomu přizpůsobí své chování. Mezi velké nedostatky ze strany lékaře patří nedívání se do očí, sledování počítače, telefonování, mluvení s kolegy. V takové atmosféře se těžko pacient otevře a bude mluvit o svých osobních problémech (Tress et al, 2008).

Zpravidla přichází pacient do ordinace lékaře s tím, že trpí tělesnou nemocí. Chtěl by ji vysvětlit a léčit. V případě, že diagnostická vyšetření nepřinesou žádný objektivní patologický nález, začne se lékař věnovat psychickým, sociálním a interpersonálním aspektům pacientovy nemoci. Je nutné počítat s odporem pacienta projevujícím se nedůvěrou, obavou ze stigmatizace „psychicky nemocného“ anebo pocitem, že není brán vážně. Aby se vytvořila příznivá atmosféra pro diagnostický rozhovor, je třeba tento odpor zohledňovat a vytvořit důvěryhodný vztah. V tomto okamžiku je třeba projevit pacientovi účast, vyjádřit zájem a náklonnost, aktivně naslouchat, vnímat verbální i nonverbální signály a pocity. Důležité je, abychom během hovoru respektovali pacientovu osobnost, zvládání života, vypořádání se s nemocí i jeho zvláštnosti. Během hovoru má být pacient respektován a chápán. Lékař má emocionálně přijímat a chápat pacientovy vztahové vzorce, způsoby regulace vztahů a vlastní seberegulace (Tress et al, 2008).

Rozdíl mezi biomedicínou a psychosomatickou medicínou

Tabulka 5: Intuitivní srovnání z hlediska vztahu lékař–pacient

Intuitivní přehled	
klasická medicína	psychosomatická medicína
lékař je dominantní, předpokládá pacientovu podřízenost	lékař vnímá pacienta v rovnocennější pozici
lékař považuje vztah s pacientem za daný a standardní	lékař svůj vztah s pacientem vytváří podle profesionálních pravidel na základě bazálního lidského srozumění
lékař se ve vztahu k pacientovi řídí profesionální etikou	lékař se řídí psychologickými zásadami, danými lékařskou psychologií a psychoterapií
lékař je do značné míry za pacienta odpovědný	lékař je odpovědný ve svém vztahu k pacientovi (a za tento vztah větší měrou než pacient) a za své profesionální konání
lékař udržuje vztah s pacientem v rovině věcné výměny informací	lékař pracuje „ve vztahu“ a „se vztahem“ podle zásady, že výsledek může být pouze dvojí: psychoterapeutický nebo psychotraumatický
lékař určuje způsob terapie, pacient ho dodržuje	lékař je pacientův partner při řešení problému, postup je dohodnut
pacient je léčen	pacient spolupracuje s lékařem na léčení
lékař předpokládá pacientovu důslednost v dodržování terapie, nemá možnost si ji ověřit jinak, než autoritativním dotazem nebo kontrolou	lékař má ve vztahu bezpečnou zpětnou vazbu, danou tím, že pacient má možnost průběžně protestovat a vyjednávat a tedy říkat bez obav pravdu

Zdroj: Šavlík, Hnízdil, 2001

5. PSYCHOSOMATICKÝ PŘÍSTUP

5.1 Problémy spojené s prosazením psychosomatiky

Často se z tisku dozvídáme o problémech současného zdravotnictví. Naše lékařská péče je kombinací bezplatné péče pro širokou veřejnost s tržním pojetím, v němž je možno pacienta chápat jako zákazníka, lékařskou péči jako zboží a lékaře jako poskytovatele zdravotní péče honorovaného podle počtu ošetřených pacientů. Je nesporné, že úroveň zdravotní péče je kritériem hodnotového systému naší společnosti. Prohlubující se problémy zdravotnictví by jistě vyřešily koncepční změny, které by se týkaly jak způsobu financování, tak i vlastní medicínské praxe. Úspěšná koncepce nemůže fungovat, pokud lidé nebudou aktivně pečovat o své zdraví. Velká část zdravotní péče je odčerpávána skupinou pacientů, jejichž somatické potíže mají psychosociální příčinu. Takový pacient je, pro biologicky orientovaného lékaře, komplikovaný případ vyžadující řadu nákladných vyšetření a množství léků. Zpravidla se nedojde k jasnému diagnostickému závěru ani k odstranění obtíží. Současná medicína preferuje informace biologického charakteru a často zůstává lhostejná k vnějším vlivům a způsobu života pacienta, i když právě tyto faktory určují úroveň jeho zdravotního stavu (Šavlík et al, 2008).

„Složitá, nákladná, mnohdy naprosto zbytečná manipulativní vyšetřování a léčení téměř zcela potlačila samotný základ medicíny, kterým je kvalitní mezilidský vztah lékaře a pacienta i skutečnost, že je mnohem důležitější vědět, jaký pacient chorobou onemocněl, než jakou má pacient chorobu“ (Šavlík et al, 2008, str. 134).

I laická veřejnost dnes ví, že stres a negativní emoce mají značný podíl na vzniku zdravotních obtíží. Dnes tak časté překotné společenské změny doléhají na každého občana, a tím se podíl psychiky ještě zvyšuje. Přesto je zájem o psychosomatický způsob myšlení zdravotníků malý a spíše na okraji medicíny. Většina lékařů nepopírá fakt, že negativní emoce mohou mít i tělesné problémy, bohužel ve své praxi se tím řídí jen velmi málo. K odhalení příčin je nutné se zabývat pacientem intenzivněji, věnovat mu čas a vcítit se do jeho životní situace a pochopit jeho problémy. Tento přístup však naráží na limity současné medicíny, ale i na nepochopení samotných pacientů (Šavlík et al, 2008).

Pro nemalou část pacientů bývá obtížné přijmout fakt, že na zdravotní stav mají značný vliv jejich životní problémy a postoje. *„Podmínkou začlenění psychosomatiky*

do současné medicíny proto je nejen systematické vzdělávání lékařů a zdravotníků, které by poskytovalo základní orientaci v komplexním pohledu na člověka ve zdraví a nemoci, ale také srozumitelné informování pacientů o metodách a cílech psychosomatického přístupu“ (Šavlík et al, 2008, str. 160). Psychosomatika není v rozporu s biologickou medicínou, nýbrž je jejím rozšířením a zkvalitněním.

5.2 Psychosomatický přístup v ČR a ve světě

Psychosomatika se už dlouho snaží zařadit mezi uznávané medicínské metody, vnímající nejenom biologickou stránku člověka, ale také jedinečnou osobnost pacienta. Chápání pacientových starostí a radostí, porozumění jeho sociálním vztahům a psychotherapeutický přístup je v popředí zájmu tohoto opomíjeného oboru. Od přelomu 19. a 20. století psychosomatika prodělala bouřlivý vývoj a slavila dílčí úspěchy v implementaci propojení biologické medicíny a celostní medicíny.

Teoretický model, který je zaměřen na člověka ve zdraví a nemoci a nikoli na chorobu, formuloval do požadavků na psychosomatický přístup v 70. letech psychiatr Engel a v 80. letech psychiatr Lipowski. Oba prosazují název bio-psycho-sociální (celostní) přístup. V praxi se tento model nejčastěji aplikuje prostřednictvím liaison (konzultační) terapie psychiatrie a psychotherapie, která je součástí těchto klinických oborů. Od 60. let minulého století vznikala v Evropě řada psychosomatických klinik. Sloužily k diagnostice a léčbě pacientů s psychosomatickými nemocemi a funkčními potížemi bez medicínsky vysvětlitelných příznaků (Honzák, Chvála, 2014).

Ve Spojených státech se od 70. let minulého století rozvíjela především behaviorální medicína, kterou hodnotíme jako kompromis mezi klasickou biomedicínou a psychosomatikou. Soustřeďuje se na studium poruch chování. V současné době je obohacená o nutnost zabývat se psychikou člověka, a proto vznikla kognitivně-behaviorální medicína.

V polovině 90. let minulého století Německý lékařský sněm rozhodl o zařazení psychosomatického přístupu do postgraduálního vzdělávání lékařů. Jako vzor kvalitního vzdělávání nám může sloužit rozhodnutí lékařské komory v Jižním Bádensku, kde pořádají základní kurzy psychosomatického přístupu v rámci řádné výuky postgraduálního vzdělávání. Lékaři, kteří tímto kurzem prošli, se shodují na tom, že absolvováním kurzu získali teoretické i praktické zkušenosti ve vedení rozhovoru lékaře

s pacientem. Zjistili, jak s minimálním úsilím mohou dosáhnout maximálního efektu. Poznamenali, že takové dovednosti je třeba vyučovat již v době přípravy na povolání – na lékařských fakultách (Šavlík et al, 2008).

V České republice od konce minulého století také vznikají psychosomatická pracoviště. Psychosomatická klinika v Praze a Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci provádí léčbu psychosomatických obtíží, psychiatrická vyšetření, psychologickou diagnostiku, konzultace, různé typy psychoterapie, krizovou intervenci i nácvik relaxačních technik. Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny v Liberci (LIRTAPS) se věnuje podpoře a rozvoji psychosomatické medicíny ve zdravotnictví. Organizuje výuku, konference, publikuje a podporuje aktivity, které umožňují šíření bio-psycho-somatického pojetí zdraví a nemoci jak v medicíně, tak i ve společnosti. Liberecký institut pro psychoterapii a psychosomatiku (LIPPP) v Liberci byl založen v roce 2008 s cílem informovat, podporovat a vzdělávat širokou odbornou veřejnost pomáhajících profesí právě v oblasti psychoterapie a psychosomatiky (LIRTAPS, o. p. s., 2014, LIPPP, 2014, SKTLIB, 2014).

V dubnu 2014 vznikla odborná Společnost psychosomatické medicíny ČLS J.E.P. „*V současnosti Společnost psychosomatické medicíny spolupracuje s akreditační komisí Ministerstva zdravotnictví ČR na náplni a koncepci oboru, dále vytváří síť psychosomaticky orientovaných pracovišť a připravuje systém nadstavbového specializačního vzdělávání lékařů v oboru psychosomatika*“ (ČLS, 2014).

6. VŠEOBECNÉ PRAKTICKÉ LÉKAŘSTVÍ

Všeobecné praktické lékařství má jedinečné postavení mezi lékařskými obory, protože je z odborného i lidského pohledu nejbližší člověku. Dobrou vizitkou každého praktického lékaře je citlivé vnímání zkušenosti pacienta ve zdraví a nemoci. Odpověď pacientů na léčbu je velmi individuální. Její účinnost je dána typem somatických obtíží, prožívanou emocí a zkušenostmi spojenými s touto nemocí. Vedle tradičních medicínských postupů, režimových a nutričních opatření hraje jednu z nejdůležitějších rolí osobní podpora zdravotníka.

Praktický lékař má široké medicínské znalosti a zároveň ví o pacientech a zdravotním systému tolik jako málokterý specialista. Jeho hlavním úkolem je zprostředkovat pacientům specializovanou péči, informovat a poskytovat pocit bezpečí (Seifert, 2013).

Mezi hlavní charakteristiky oboru řadíme:

- všeobecnost,
- dostupnost,
- kontinuita,
- komplexnost,
- koordinovanost,
- spolupráce,
- orientace na rodinu,
- orientace na komunitu (Seifert, 2013).

Vztah praktického lékaře a pacienta se buduje postupně. Jde o dlouhodobý vztah, v němž lékař nezaujímá nadřazený postoj, ale bere zřetel na pacientův názor. Podrobná znalost pacienta, jeho rodiny, pracoviště, psychosociálních a tělesných faktorů umožňuje lékaři být pacientovi velmi blízkým člověkem. Pacienti přicházejí do ordinace s celou řadou odlišných problémů. Mnohé z nich mají bezprostřední souvislost se sociálním prostředím pacienta, s jeho pracovními a rodinnými vztahy. Pro lékaře je identifikace důvodu návštěvy někdy důležitější než přesně stanovená diagnóza.

Nejčastější symptomy

Pacienti přicházejí do ordinace s problémy, které jsou prezentovány určitými symptomy (příznaky). U praktického lékaře se setkáváme, na rozdíl od specialisty, s širokým spektrem symptomů, s větším procentuálním výskytem nezávažných symptomů a častějšími psychosociálními příčinami obtíží. Mezi nejběžnější syndromy (soubory symptomů), s nimiž se praktický lékař setkává ve své ambulanci, patří: bolest v krku, hlavy, zad, na hrudi, dále kašel, dušnost, horečka, porucha trávení, průjem, zácpa, závrať, únava, nechutenství, bolestivé močení, vyrážka, otok.

Psychiatrickí pacienti

Podle některých výzkumů až u 80 % pacientů můžeme zjistit nějakou psychopatologii. Toto tvrzení by bylo jistě pravdivé, kdybychom k nim zařadili i psychosomaticky nemocné pacienty. Mezi nejčastější psychiatrické diagnózy, s nimiž se můžeme potkat u praktického lékaře, patří: deprese, demence, alkoholismus. Dále se praktický lékař setkává s pacienty z psychopatologických rodin, s pacienty s poruchou osobnosti a s neurotickými pacienty. Pilířem diagnostiky je osobní a rodinná anamnéza a vhodně zvolené otázky na charakter onemocnění.

Chronicky nemocní pacienti

Chronicky nemocní tvoří velmi významnou část pacientů praktického lékaře. Jejich onemocnění podstatně zasahuje do fyzické, psychické i do sociální oblasti. Praktický lékař plní integrační a koordinační roli v péči o tyto pacienty. Většinu chronicky nemocných tíží nejen fyzické omezení (nemoci postihující pohybový či kardiovaskulární aparát), ale velmi často i psychické strádání včetně negativní zpětné vazby psychiky na průběh nemoci. Mezi nejčastější chronická onemocnění patří např. arteriální hypertenze, diabetes, katarakta, peptický vřed, hypothyreóza, muskuloskeletární onemocnění, neurastenie, CHOPN, nádory (Seifert, 2013).

Specifické problémy chronicky nemocných:

- tělesné problémy vyplývají z nemoci, ale i z její léčby,
- nemoc zasahuje do sexuálního života pacienta,
- zdravotní problémy omezují společenský život,
- nemoc zkresluje pacientův sebeobraz,
- při sdělení diagnózy pacienti zažívají úzkost a vzhledem k diagnóze i různou míru popření,

- nemoc si vyžaduje změnu životního stylu,
- sociální opora posiluje strategie vedoucí k zvládnutí nemoci (Baštecká, 2003).

6.1 Komunikace v ordinaci praktického lékaře

Kvalitní komunikace je základním předpokladem úspěšné léčby pacienta. Umění komunikace každého praktického lékaře by se dalo shrnout do několika doporučených postupů:

- Na začátku rozhovoru se představit (pokud se neznají), objasnit své postavení ve vztahu lékař–pacient.
- Zjistit očekávání pacienta a důvod jeho návštěvy.
- Podporovat vzájemnou komunikaci vhodně zvolenými dotazy.
- Zajímat se o pacientovy pocity.
- Umět pacienta pochválit, uklidnit, povzbudit.
- Verbální a neverbální projevy by měly spolu korespondovat.
- Nepoužívat odbornou terminologii, vše pacientovi vysvětlit srozumitelně.
- Vyjádřit empatii a porozumění pacientovým obtížím.
- Poskytnout pacientovi prostor na vyjasnění obtíží a jejich dopad na současný zdravotní stav.
- Zjistit názor pacienta na příčinu potíží.
- Zeptat se na to, jestli se pacient pokusil obtíže vyřešit sám a jakým způsobem.
- Znát okolnosti, které obtížím předcházely.
- Nechat pacienta popsat své obtíže.
- Ptát se na faktory, které obtíže vyvolaly, které je zmírňují nebo zhoršují.
- Prozkoumat všechny determinanty obtíží – somatické, psychické, sociální.
- Poznat kvalitu sociálních vztahů – v rodině, v práci.
- Zjistit rizikové situace, které předcházely obtížím, tělesnou a duševní zranitelnost nemocného.
- Být informován o všech souběžných postupech a konzultacích.
- Přiměřeným způsobem vysvětlit pacientovi, v čem spočívá jeho problém.
- Navrhnout optimální řešení.
- Zjistit postoj pacienta k řešení a úroveň jeho spolupráce.
- Nedávat najevo časovou tíseň (Seifert, 2013).

6.2 Práce všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře

Úkolem sestry praktického lékaře je kompletně zajišťovat bezproblémový chod ordinace, spolupodílet se na poskytování kvalitní péče. Sestra by měla být oporou pacientům, prostředníkem mezi lékařem a pacientem. Kromě odborných činností plní i úkoly v oblasti organizační a administrativní. Sestra pracující u praktického lékaře by měla splňovat kvalifikační nároky, mít praxi, ale i disponovat manuální zručností a technickými znalostmi souvisejícími s obsluhou přístrojů, prací na počítači, používáním nástrojů, aplikací kompenzačních pomůcek. Velmi důležité jsou charakterové vlastnosti, jako empatie, flexibilita, pečlivost, spolehlivost. Velmi výstižně lze ideál sestry charakterizovat následující větou: „*Ideální sestra v ordinaci praktického lékaře je vysoce vzdělanou profesionálkou, která zvládá s přehledem a spolehlivě náročné situace a problémy, které každodenně ordinace praktického lékaře přináší, usiluje o vyšší kvalitu praxe, nemá komunikační problémy s pacienty a je loajální ke svému lékaři*“ (Seifert et al, 2013, str. 58).

Práce sestry v ordinaci praktika zahrnuje širokou škálu činností:

- řádně vede zdravotnickou dokumentaci,
- zakládá zdravotnickou dokumentaci, kompletuje zprávy, výsledky, vypisuje žádanky,
- archivuje dokumentaci,
- informuje pacienty v rámci svých kompetencí,
- provádí dezinfekci a sterilizaci,
- zajišťuje používání ochranných pomůcek,
- objednává spotřební zdravotnický i nezdravotnický materiál, vede sklad materiálu,
- obsluhuje přístroje (např. autokláv, EKG), zajišťuje jejich opravy, popř. revize a kontroly,
- pečuje o prostředí v ordinaci a čekárně,
- eviduje pracovní neschopnosti, regulační poplatky, přímé platby,
- zajišťuje organizační činnosti spojené s objednáváním, plynulým chodem ordinace, podává informace od pacienta lékaři, vyhodnocuje pořadí ošetřených pacientů, identifikuje jejich potřeby,
- minimalizuje čekací dobu správným stanovením pořadí jednotlivých úkonů, pomáhá při vzdělávání zdravotníků, podílí se na průzkumech.

Sestra provádí i řadu odborných činností:

- zjišťuje anamnestické údaje,
- hodnotí soběstačnost pomocí hodnotících škál, zvyšuje pacientovu schopnost sebepéče,
- měří fyziologické funkce,
- odebírá biologický materiál a orientačně jej hodnotí (glykemie, INR),
- orientačně hodnotí moč, vyhodnocuje TOKS,
- provádí EKG vyšetření,
- ošetřuje akutní, chronické rány, provádí převazy, ošetřuje stomie, permanentní katétry,
- edukuje pacienty před vyšetřením, po propuštění z nemocnice, edukuje o dietních opatřeních, léčebném režimu,
- informuje pacienty o jejich právech i povinnostech,
- hodnotí sociální situaci a ve spolupráci s rodinou doporučuje sociálně právní pomoc,
- správně manipuluje a nakládá s léčivy, prádlem, infekčním odpadem, podává léky a injekce,
- hodnotí rizikové faktory, provádí screeningová vyšetření,
- provádí výplach oka, ucha, žaludku.

Sestra ve vztahu k pacientovi:

- vytváří v ordinaci příjemnou atmosféru,
- hodnotí rodinnou a sociální situaci a napomáhá ji zlepšit,
- komunikací a pozorováním pacienta pomáhá odhalit skryté příčiny onemocnění,
- zjišťuje potřeby pacientů a možnosti jejich uspokojení,
- pacienty podporuje, aby se svěřili lékaři i s potížemi osobního nebo intimního charakteru, popř. lékaři jejich obtíže i obavy ze svěřením tlumočí,
- pacienty psychicky povzbuzuje, uklidňuje, trpělivě vše vysvětluje a podporuje jejich sebedůvěru,
- projevuje empatii a porozumění (Seifert et al, 2013).

Chování sestry je většinou pacienty citlivě vnímáno a ovlivňuje celkový dojem z návštěvy u lékaře. „Dobrá sestra je nejlepší vizitkou dobrého praktického lékaře“ (Seifert et al, 2013, str. 58).

6.3 Holistický přístup všeobecné sestry

Základem moderního ošetrovatelství je holistický přístup k člověku, který může být ohrožen negativními psychosociálními faktory. V popředí našeho zájmu by měla být nejen preventivní opatření, jak předcházet nemocem, ale také bychom se měli snažit snižovat dopad stresorů na zdraví člověka, podporovat adaptivní reakce jednotlivce na stresory a v neposlední řadě hledat možnosti, jak se ochránit před vážnými zdravotními problémy.

Sestra musí mít při zamyšlení se nad procesem vzniku nemoci na paměti, že na patologických procesech se podílí interakce člověka s prostředím a důsledkem takové interakce jsou tělesné a duševní změny zdraví.

Jedním se specifických faktorů podílejících se na vzniku onemocnění jsou stresory, ty stimulují adaptační schopnosti jedince. Souvislost mezi stresem a nemocí se podařila prokázat velkým množstvím výzkumů. Cílem ošetrovatelské péče je pomáhat lidem pozitivním způsobem zvládat stres. Sestra by měla umět zhodnotit závažnost a rozsah stresorů a pomoci lidem zvolit správnou možnost způsobu zvládání stresu.

Schopnost zvládat stres zahrnuje postupy:

- Osvojit si dovednosti, které vedou k eliminaci stresu.
- Umět korigovat vliv stresorů.
- Vytvořit si zdravý životní styl.
- Usilovat o psychickou vyrovnanost.
- Základní schopnost zvládnout stres zahrnuje několik základních oblastí – *řešení problémů, pocitů, využití sociální opory a redukce fyziologických funkcí* (Mastiliaková, 2010, str. 128).

Sestra by měla být schopná pacientovi pomoci identifikovat problém, správně ho pochopit, a podporovat tak pacienta v úsilí nepříznivou situaci změnit. Zvládání pocitů řadíme mezi naučené dovednosti. Důležité je umět pocity vyjadřovat. Pokud nemáme možnost dávat své pocity najevo společensky přijatelnou formou, dochází k vnitřnímu napětí. Asertivita nám pomáhá správně vyjádřit své emoce. Stres vyvolává fyziologickou stresovou reakci. Ta se dá eliminovat několika způsoby:

- vybitím nahromaděného napětí tělesným cvičením,
- kontrolou stresových reakcí použitím biologické zpětné vazby,
- odreagováním nadměrného vzrušení relaxací.

Samozřejmě se sestra snaží svým pacientům pomáhat preventivně, dříve než dojde ke stresovým situacím. Pro spokojený život je důležitá eliminace stresorů. Pacientovi velmi pomůže pár rad, jak změnit svůj postoj a navodit pocit spokojenosti:

- převzít odpovědnost sám za sebe,
- odhalit stresory a zamyslet se nad reakcemi na ně,
- poslouchat signály svého těla,
- pozměnit své vnímání a reakce,
- používat asertivní komunikaci,
- své představy proměnit v realitu.

Pozitivní účinek na náš zdravotní stav má dodržování zdravého životního stylu:

- mít se rád,
- udržovat rovnováhu mezi prací a odpočinkem,
- pěstovat pozitivní společenské vztahy,
- vyjadřovat svůj názor,
- znát své slabé a silné stránky,
- jíst zdravě, žít v harmonii s prostředím (Mastiliaková, 2010).

Je třeba mít na mysli, že nemoc je pro člověka něco nového, leckdy nečekaného, něco, co pacienta nutí změnit svůj styl života, své plány. Sestra je ze zdravotnických pracovníků pacientovi nejbližší. Tato role ji předurčuje k chování, které by měl pacient vnímat pouze pozitivně. Sestra by měla být usměvavá, trpělivá, chápající a měla by se snažit umět najít společnou řeč s různými typy pacientů, bez ohledu na věk či vzdělání. Zkrátka by měla být člověkem, který když se na něj obrátí pacient s obtížemi, udělá vše, co je v jeho silách, aby ho vyslechl, byl mu oporou a pomohl mu (Křivohlavý, Pečenková, 2004).

VÝZKUMNÁ ČÁST

Cílem výzkumné části bakalářské práce je komplexní pohled na psychosomatický přístup v ordinaci praktického lékaře. Z tohoto důvodu byla zvolena kombinace kvantitativního a kvalitativního výzkumu. Kvantitativní výzkum objasňuje pohled pacientů a kvalitativní výzkum pohled lékařů.

7. KVANTITATIVNÍ VÝZKUM

Kvantitativní výzkum pracuje s vlastnostmi, které lze měřit – četnost, množství, velikost. V kvantitativním výzkumu se pracuje s větším počtem respondentů (účastníků výzkumu). Dochází k redukci rozsahu informací týkajících se počtu pozorovaných proměnných, počtu analyzovaných vztahů, délky časového období. Základní vlastností kvantitativního výzkumu je nízká validita (platnost) a vysoká reliabilita (spolehlivost – stabilita výsledku při opakované aplikaci). Informace, které budou získány, mohou být zobecněny na populaci (Plevová a kol., 2011).

Základní metodou, jež byla zvolena pro kvantitativní část výzkumu, je dotazníkové šetření. Toto šetření bylo realizováno mezi pacienty dvou ordinací – ordinace praktického lékaře a ordinace praktického lékaře, jenž uplatňuje psychosomatický přístup. Cílem práce bylo porovnat přístup k pacientům v těchto dvou typech ordinací praktického lékaře.

7.1 Cíle a předpoklady kvantitativního výzkumu

Výzkumné cíle:

- 1) Zjistit, jestli pacienti vnímají psychické a sociální okolnosti svých fyzických potíží, a porovnat je v dané nabídce (otázka 3, 4, 10, 13, 14).
- 2) Specifikovat požadavky pacientů v ordinaci praktického lékaře a porovnat je v dané nabídce (otázka 7, 8, 9, 11, 12).
- 3) Porovnat zkušenosti pacientů s přístupy lékaře a s odhalováním příčin svých potíží (otázka 1, 2, 5, 6, 15).

Předpoklady:

- 1) Předpokládám, že neexistuje statisticky významný rozdíl mezi oběma ordinacemi ve vnímání důvěrné atmosféry v ordinaci.
- 2) Předpokládám, že neexistuje statisticky významný rozdíl mezi oběma ordinacemi v poskytování dostatečného prostoru pro vyličení pacientových obtíží.
- 3) Předpokládám, že neexistuje statisticky významný rozdíl mezi oběma ordinacemi v prožívání tělesných problémů pacientů, u kterých se nezjistila žádná objektivní příčina.
- 4) Předpokládám, že neexistuje statisticky významný rozdíl mezi oběma ordinacemi v prožívání trápení ze změn nálad, nějakých pocitů či myšlenek pacientů.
- 5) Předpokládám, že neexistuje statisticky významný rozdíl mezi oběma ordinacemi v zájmu lékaře o rodinnou situaci pacientů.
- 6) Předpokládám, že neexistuje statisticky významný rozdíl mezi oběma ordinacemi v zájmu lékaře o různé životní problémy pacientů.
- 7) Předpokládám, že neexistuje statisticky významný rozdíl mezi oběma ordinacemi v potřebě pacientů svěřit se svému lékaři s nějakým osobním či životním problémem.
- 8) Předpokládám, že neexistuje statisticky významný rozdíl mezi oběma ordinacemi v ochotě pacientů svěřit se lékaři se svými osobními problémy.
- 9) Předpokládám, že neexistuje statisticky významný rozdíl mezi oběma ordinacemi v ochotě pacientů svěřit se se svými životními problémy.
- 10) Předpokládám, že neexistuje statisticky významný rozdíl mezi oběma ordinacemi ve vnímání souvislostí mezi osobními problémy a tělesnými obtížemi pacientů.
- 11) Předpokládám, že neexistuje statisticky významný rozdíl mezi oběma ordinacemi v požadování dalšího vyšetření při zjištění rozdílu mezi výsledky vyšetření a vlastním pocitem.
- 12) Předpokládám, že neexistuje statisticky významný rozdíl mezi oběma ordinacemi v požadování pouhého předepsání léků při pravidelných návštěvách lékaře.

- 13) Předpokládám, že neexistuje statisticky významný rozdíl mezi oběma ordinacemi v možnosti, zda si dovedou představit vyhledat psychoterapeuta z důvodu svých obtíží.
- 14) Předpokládám, že neexistuje statisticky významný rozdíl mezi oběma ordinacemi v možnosti, zda by uvítali zmírnění obtíží pomocí nácviku relaxace.
- 15) Předpokládám, že neexistuje statisticky významný rozdíl mezi oběma ordinacemi ve zkušenosti pacientů, jestli je lékař vyslechl, vyjádřil jim pochopení a porozumění.

7.2 Metodika kvantitativního výzkumného šetření

Pro své výzkumné šetření jsem zvolila vlastní dotazník sestavený z pečlivě vybraných otázek. Výzkum byl prováděn u dvou skupin pacientů. První skupinu tvořili pacienti praktického lékaře, u kterého v současné době pracuji. Druhou skupinu tvořili pacienti praktického lékaře vzdělaného v psychosomatice a praktikujícího psychosomatiku ve své ordinaci. Podstatou šetření bylo zjištění vnímání okolností obtíží pacientů, zkušenosti pacientů s odhalováním příčin obtíží a jejich požadavky s tím související. Odpovědi obou skupin pacientů byly vzájemně porovnány.

Respondenty jsem vybírala selektivně. Výzkumu se zúčastnili pouze pacienti s chronickými obtížemi. Do této skupiny řadím pacienty s hypertenzí, autoimunním onemocněním, obezitou, bolestmi zad a kloubů, gastrointestinálními obtížemi, palpitacemi, neurologickými obtížemi, kožními problémy, únavou, nespavostí atd. Do výzkumného vzorku nebyli zařazeni pacienti přicházející pouze na preventivní prohlídku, vyšetření na řidičský nebo zbrojní průkaz, očkování, úrazy apod.

Celkem bylo distribuováno 100 dotazníků, v každé ordinaci 50. V první ordinaci byla návratnost 90 % (45 dotazníků) a v druhé ordinaci 94 % (47 dotazníků).

V rámci pilotní studie jsem předložila dotazník 5 lidem, kteří splňovali podmínku pro výběr respondentů, s cílem zjistit, zda jsou otázky srozumitelné.

Výzkum probíhal v dubnu 2014. Respondenty vybírala všeobecná sestra pracující v dané ambulanci. Pacienti dotazníky vyplňovali v čekárně. Anonymně vyplněné dotazníky vkládali do uzavřené papírové urny umístěné v čekárně. Ambulance praktického lékaře byla označena jako kontrolní skupina (ambulance A), ambulance

praktického lékaře praktikujícího psychosomatiku jako intervenční skupina (ambulance B).

Všechna získaná data byla zpracována v programu Microsoft Office Excel 2007. Jednotlivé položky byly vyjádřeny relativní a absolutní četností. Relativní četnost je zaokrouhlena na jedno desetinné místo.

Následně byla tato data zpracována ve statistickém programu R panem Mgr. Janem Vaňkem, Ph.D. z FVZ UO Brno. Hladina statistické významnosti byla stanovena na $\alpha = 0,05$. Pozorovaná data byla hodnocena podle dosažené hladiny významnosti – pravděpodobnosti p. Bude-li p menší než 0,05, bude výsledek statisticky významný.

Vzájemný vztah dvou sledovaných skupin pacientů byl hodnocen pomocí následujících metod:

- **Fisherův exaktní test** – vyjadřuje, zda se jednotlivé odpovědi statisticky významně liší.

Fisherův exaktní test má nulovou hypotézu: *Rozdělení respondentů na skupiny nesouvisí s rozdělením respondentů podle odpovědi na konkrétní otázku*. Obecně testuje souvislost dvou kategoriálních proměnných.

- **Wilcoxonova-Mann-Whitneyův test** – určuje, zda jsou jednotlivé odpovědi statisticky významně posunuty. Wilcoxon-Mann-Whitney = Mann-Whitney U, který má v našem případě nulovou hypotézu: *Odpovědi na otázku u jedné a druhé skupiny oproti sobě nejsou posunuté*.

Sloupcový graf vyjadřuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí u každé skupiny. Krabicový graf nám pomocí početního vyjádření četnosti sledovaného jevu poskytuje grafické znázornění rozptylu odpovědí za každou skupinu (často = 4, někdy = 3, zřídka = 2, nikdy = 1). Nejnižší věk je vyjádřen číslem 1 a nejvyšší věk číslem 4. Nejnižší dosažené vzdělání představuje číslo 1 a nejvyšší vzdělání číslo 5. U typu odpovědí – ano, ne, nevím – krabicový graf nelze použít.

7.3 Výsledky výzkumu a analýza dat

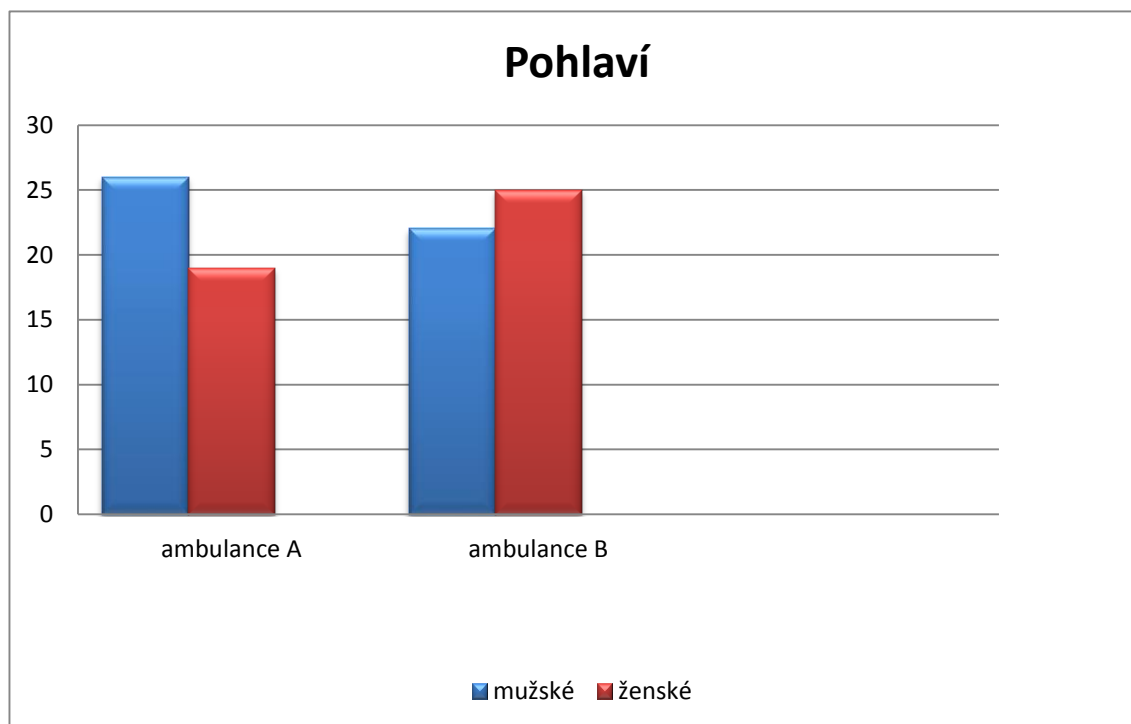
Pohlaví

Tabulka 6: Zastoupení obou pohlaví v jednotlivých skupinách respondentů

	Absolutní četnost A	Relativní četnost A	Absolutní četnost B	Relativní četnost B
mužské	26	57,3 %	22	46,8 %
ženské	19	42,2 %	25	53,2 %
součet	45	100 %	47	100 %

Zdroj: vlastní zpracování na základě výzkumného šetření

Graf 1: Zastoupení obou pohlaví v jednotlivých skupinách respondentů – sloupcový graf



Zdroj: vlastní zpracování na základě výzkumného šetření

Skupiny se v rozložení pohlaví **statisticky významně neliší** (Fisherův exaktní test $p = 0.306$).

Komentář:

V ambulanci A (praktický lékař) respondenti mužského pohlaví (57,3 %) mírně převyšovali respondenty ženského pohlaví (42,2 %). V ambulanci B (psychosomatický praktický lékař) naopak velmi mírně početně převažovaly ženy (53,2 %) muže (46,8 %). V obou skupinách jsou obě pohlaví poměrně vyrovnaně zastoupena.

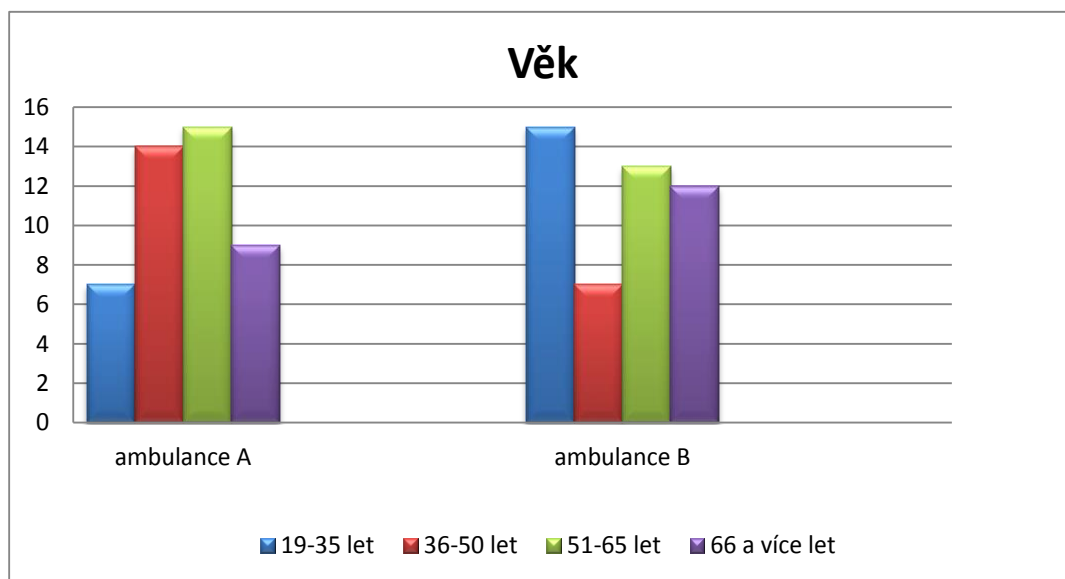
Věk

Tabulka 7: Zastoupení věkových kategorií mezi respondenty obou skupin

	Absolutní četnost A	Relativní četnost A	Absolutní četnost B	Relativní četnost B
19–35 let	7	15,6 %	15	31,9 %
36–50 let	14	31,1 %	7	14,9 %
51–65 let	15	33,3 %	13	27,7 %
66 a více let	9	20 %	12	25,5 %
součet	45	100 %	47	100 %

Zdroj: vlastní zpracování na základě výzkumného šetření

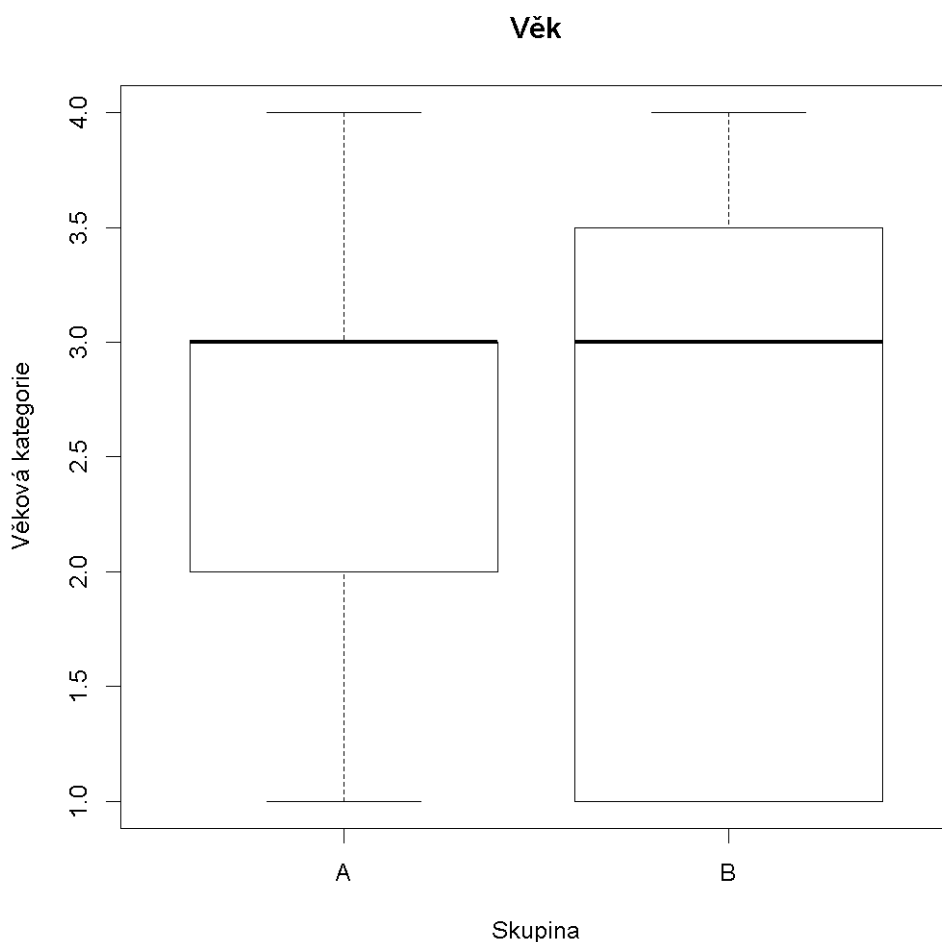
Graf 2: Zastoupení věkových kategorií mezi respondenty obou skupin – sloupkový graf



Zdroj: vlastní zpracování na základě výzkumného šetření

Skupiny se v rozložení věku **statisticky významně neliší** (Fisherův exaktní test $p = 0.067$).

Graf 3: Zastoupení věkových kategorií mezi respondenty obou skupin – krabicový graf



Zdroj: vlastní zpracování na základě výzkumného šetření

Rozložení věkových kategorií u jednotlivých skupin nejsou vůči sobě **statisticky významně posunuta** (Wilcoxon-Mann-Whitneyův – test exaktní pravděpodobnosti – $p = 0.703$).

Komentář:

V ambulanci A (praktický lékař) vyplňovali dotazníky převážně pacienti ve věkovém rozmezí 36 až 65 let (64,4 %), dále byla nejvíce zastoupena nejstarší kategorie 66 let a více (20 %), nejmenší zastoupení měla s minimálním rozdílem kategorie 19–35 let (15,6 %).

V ambulanci B (psychosomatického praktického lékaře) byl počet pacientů poměrně vyrovnaně zastoupen ve třech věkových kategoriích (od 25,5 % po 31,9 %), pouze kategorie 66 a více let (14,9 %) měla menší zastoupení. Zajímavý je poměrně vysoký počet pacientů v nejmladší věkové kategorii (31,9 %), tímto se ambulance B odlišuje od ambulance A.

V obou skupinách pacientů můžeme pozorovat poměrně rovnoměrné rozdělení ve všech věkových kategoriích.

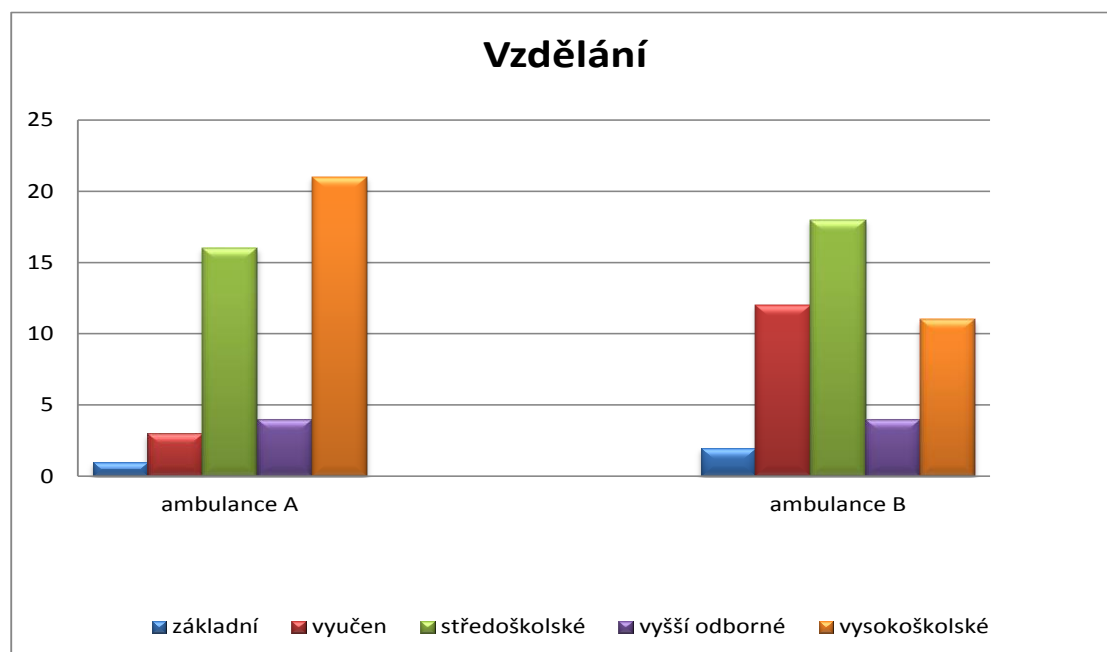
Vzdělání

Tabulka 8: Zastoupení jednotlivých úrovní vzdělání mezi pacienty obou sledovaných skupin

	Absolutní četnost A	Relativní četnost A	Absolutní četnost B	Relativní četnost B
základní	1	2,2 %	2	4,3 %
vyučen	3	6,7 %	12	25,5 %
středoškolské	16	35,5 %	18	38,3 %
vyšší odborné	4	8,9 %	4	8,5 %
vysokoškolské	21	46,7 %	11	23,4 %
součet	45	100 %	47	100 %

Zdroj: vlastní zpracování na základě výzkumného šetření

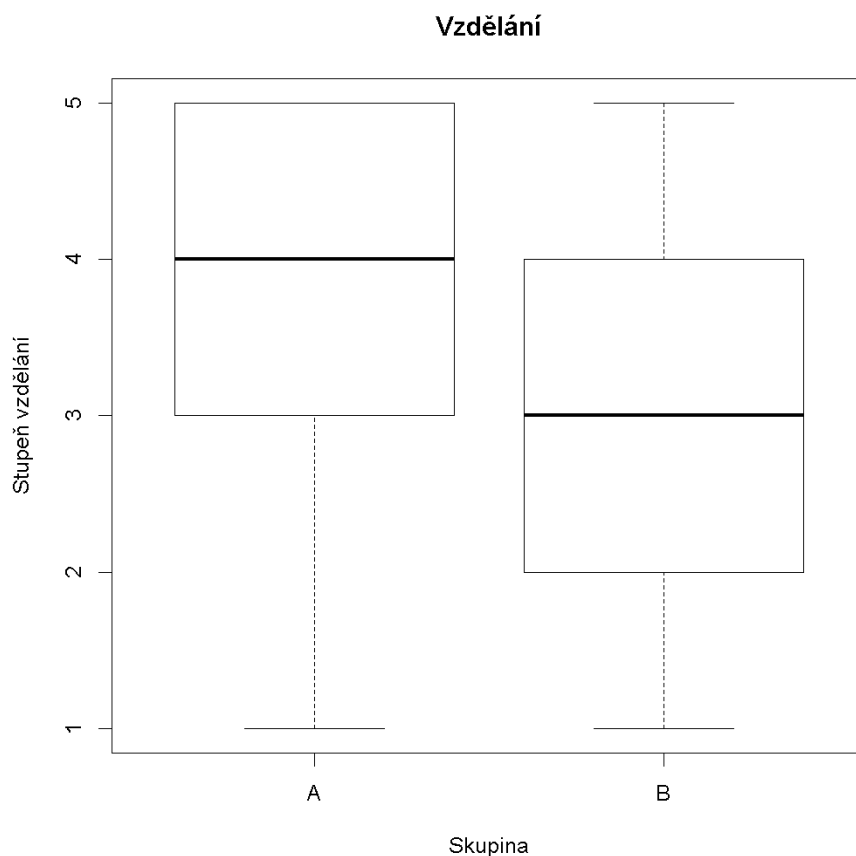
Graf 4: Zastoupení jednotlivých úrovní vzdělání mezi pacienty obou sledovaných skupin – sloupcový graf



Zdroj: vlastní zpracování na základě výzkumného šetření

Skupiny se v rozložení vzdělání **statisticky významně liší** (Fisherův exaktní test $p = 0.048$).

Graf 5: Zastoupení jednotlivých úrovní vzdělání mezi pacienty obou sledovaných skupin – krabicový graf



Zdroj: vlastní zpracování na základě výzkumného šetření

Rozložení kategorií vzdělání ve skupinách **jsou oproti sobě statisticky významně posunuta** (Wilcoxon-Mann-Whitneyův test – exaktní pravděpodobnost – $p = 0.005$)

Komentář:

V ambulanci A (praktický lékař) dominují vysokoškolsky vzdělaní respondenti (46,7 %), následují středoškoláci (35,5 %), nejméně početně zastoupené jsou skupiny: s vyšším odborným vzděláním (8,9 %), vyučení (6,7 %) a se základním vzděláním (2,2 %).

V ambulanci B (psychosomatický praktický lékař) převažují respondenti se středoškolským vzděláním (38,3 %), následují vysokoškoláci (23,4 %),

vyučení (25,5 %). Nejméně byla zastoupena kategorie respondentů s vyšším odborným vzděláním (8,5 %) a základním vzděláním (4,3 %).

V obou ordinacích můžeme pozorovat nerovnoměrné zastoupení jednotlivých typů vzdělání. V ambulanci A převažují vysokoškoláci, v ambulanci B středoškoláci.

Otázky

Otázka č. 1

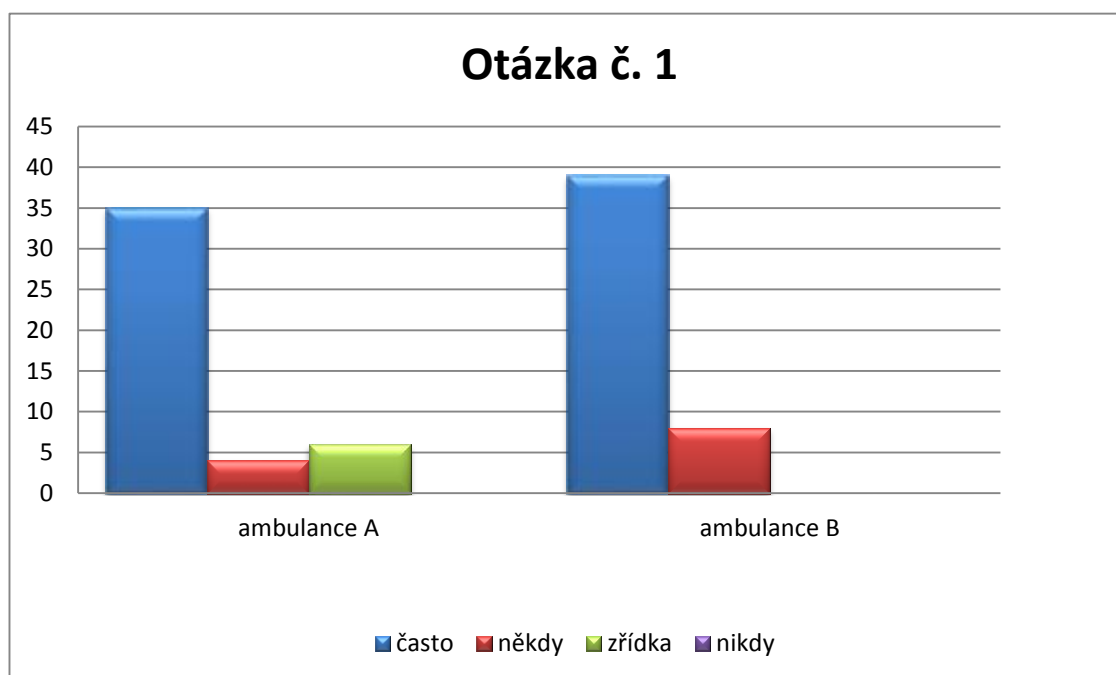
Vládne v ordinaci důvěrná atmosféra?

Tabulka 9: Zastoupení odpovědí na otázku č. 1

	Absolutní četnost A	Relativní četnost A	Absolutní četnost B	Relativní četnost B
často	35	77,8 %	39	83,0 %
někdy	4	8,9 %	8	17,0 %
zřídka	6	13,3 %	0	0 %
nikdy	0	0 %	0	0 %
součet	45	100 %	47	100 %

Zdroj: vlastní zpracování na základě výzkumného šetření

Graf 6: Zastoupení odpovědí na otázku č. 1 – sloupkový graf

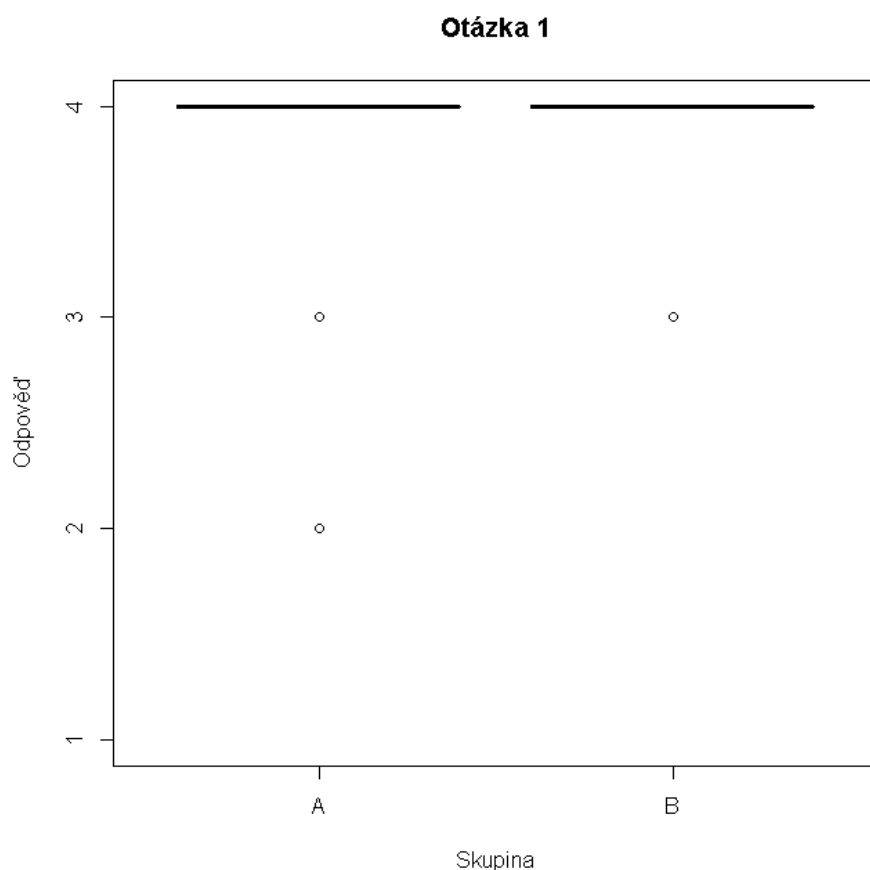


Zdroj: vlastní zpracování na základě výzkumného šetření

Skupiny se v rozložení odpovědí na otázku č. 1 **statisticky významně neliší** (Fisherův exaktní test $p = 0.372$).

Předpoklad, že neexistuje statisticky významný rozdíl mezi oběma ordinacemi ve vnímání důvěrné atmosféry v ordinaci – nezamítám.

Graf 7: Zastoupení odpovědí na otázku č. 1 – krabicový graf



Zdroj: vlastní zpracování na základě výzkumného šetření

Rozložení odpovědí na otázku č. 1 ve skupinách **jsou oproti sobě statisticky významně posunutá** (Wilcoxon-Mann-Whitneyův test – exaktní pravděpodobnost – $p = 0.019$).

Komentář:

V ambulanci A velmi výrazně převažuje odpověď často (77,8 %). Nízkým počtem jsou zastoupeny odpovědi někdy (8,9 %) a zřídka (13,3 %).

V ambulanci B pacienti jako jednoznačně nejčastější odpověď volili variantu často (83,0 %). Pouze malé procento pacientů volilo odpověď někdy (17,0 %). Jiný typ odpovědi se zde neobjevil.

V této otázce můžeme pozorovat velký počet pacientů, kteří označují atmosféru v ordinaci za důvěrnou. Pacienti obou ordinací se na tom bez větších rozdílů shodli.

Otázka č. 2

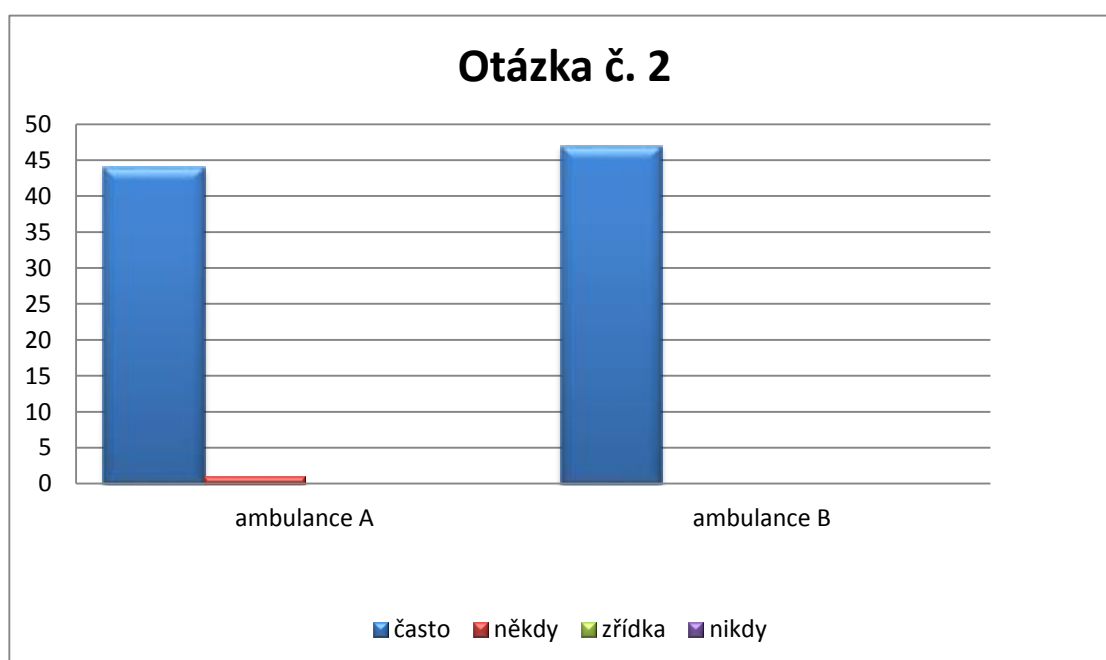
Poskytuje Vám lékař dostatečný prostor pro vylíčení Vašich obtíží?

Tabulka 10: Zastoupení odpovědí na otázku č. 2

	Absolutní četnost A	Relativní četnost A	Absolutní četnost B	Relativní četnost B
často	44	97,8 %	47	100 %
někdy	1	2,2 %	0	0 %
zřídka	0	0 %	0	0 %
nikdy	0	0 %	0	0 %
součet	45	100 %	47	100 %

Zdroj: vlastní zpracování na základě výzkumného šetření

Graf 8: Zastoupení odpovědí na otázku č. 2 – sloupkový graf

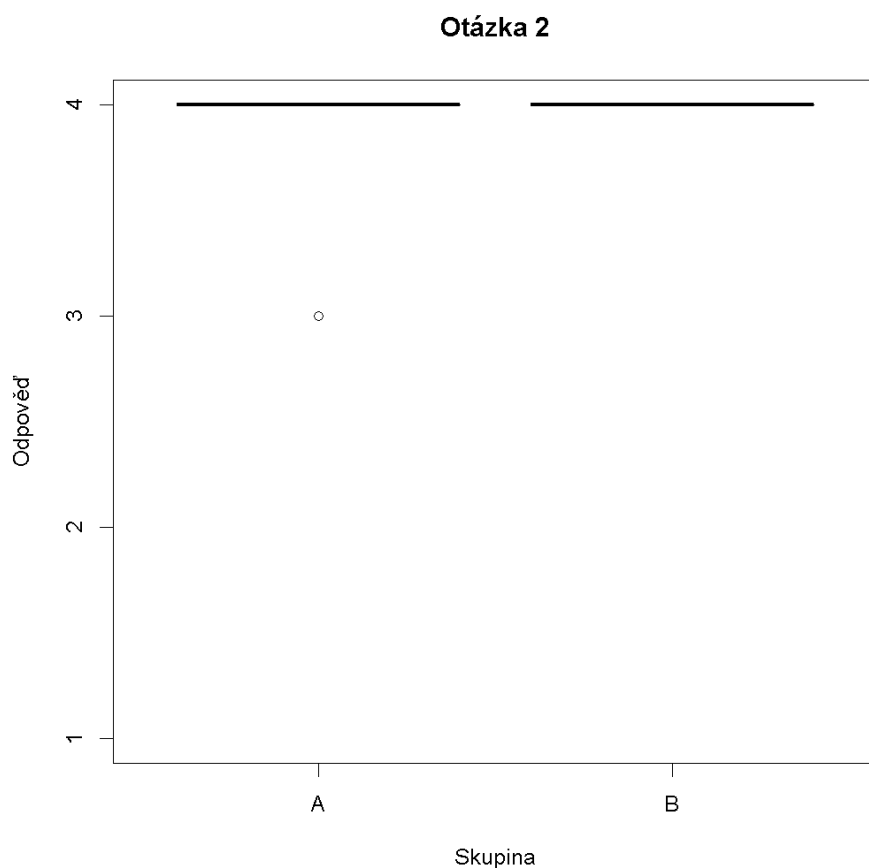


Zdroj: vlastní zpracování na základě výzkumného šetření

Skupiny se v rozložení odpovědí na otázku č. 2 **statisticky významně neliší** (Fisherův exaktní test $p = 0.307$).

Předpoklad, že neexistuje statisticky významný rozdíl mezi oběma ordinacemi v poskytování dostatečného prostoru pro vylíčení pacientových obtíží – nezamítám.

Graf 9: Zastoupení odpovědí na otázku č. 2 – krabicový graf



Zdroj: vlastní zpracování na základě výzkumného šetření

Rozložení odpovědí na otázku č. 2 ve skupinách **nejdou oproti sobě statisticky významně posunutá** (Wilcoxon-Mann-Whitneyův test – exaktní pravděpodobnost – $p = 0.489$).

Komentář:

V obou ordinacích pozorujeme téměř shodu v odpovědích. V ambulanci A 97,8 % a v ambulanci B 100 % (!) pacientů uvedlo, že jim lékař často poskytuje dostatečný prostor pro vylíčení obtíží.

Otázka č. 3

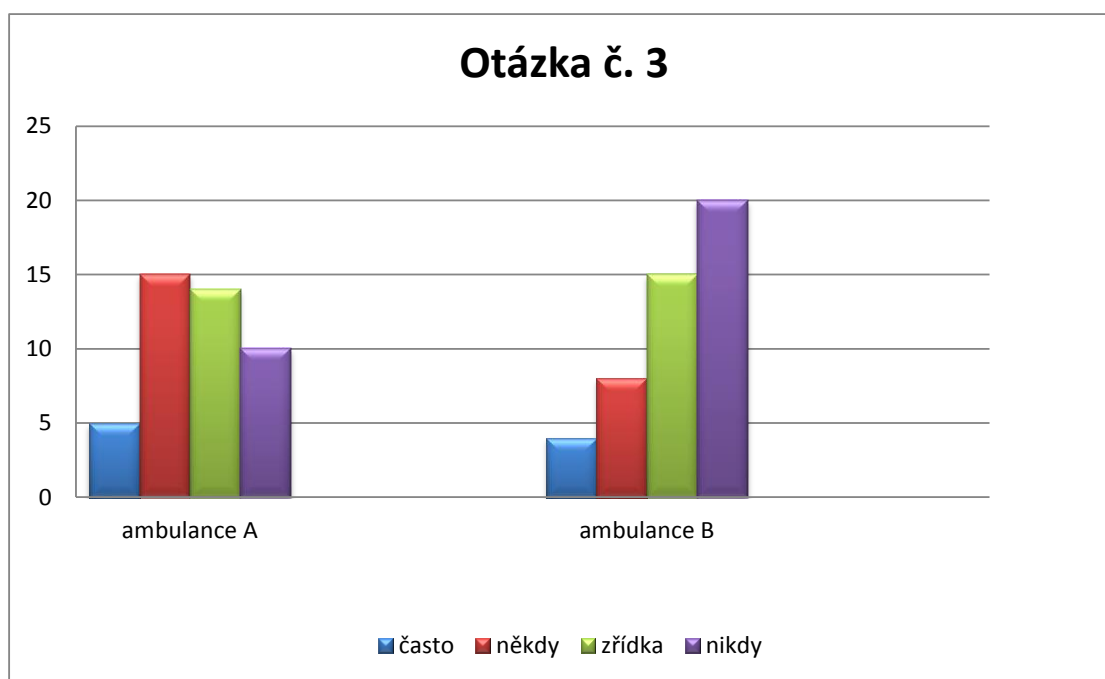
Trpíte v současné době tělesnými problémy, u kterých se nezjistila žádná objektivní příčina?

Tabulka 11: Zastoupení odpovědí na otázku č. 3

	Absolutní četnost A	Relativní četnost A	Absolutní četnost B	Relativní četnost B
často	5	11,4 %	4	8,5 %
někdy	15	34,1 %	8	17,0 %
zřídka	14	31,8 %	15	31,9 %
nikdy	10	22,7 %	20	42,6 %
součet	44	100 %	47	100 %

Zdroj: vlastní zpracování na základě výzkumného šetření

Graf 10: Zastoupení odpovědí na otázku č. 3 – sloupcový graf

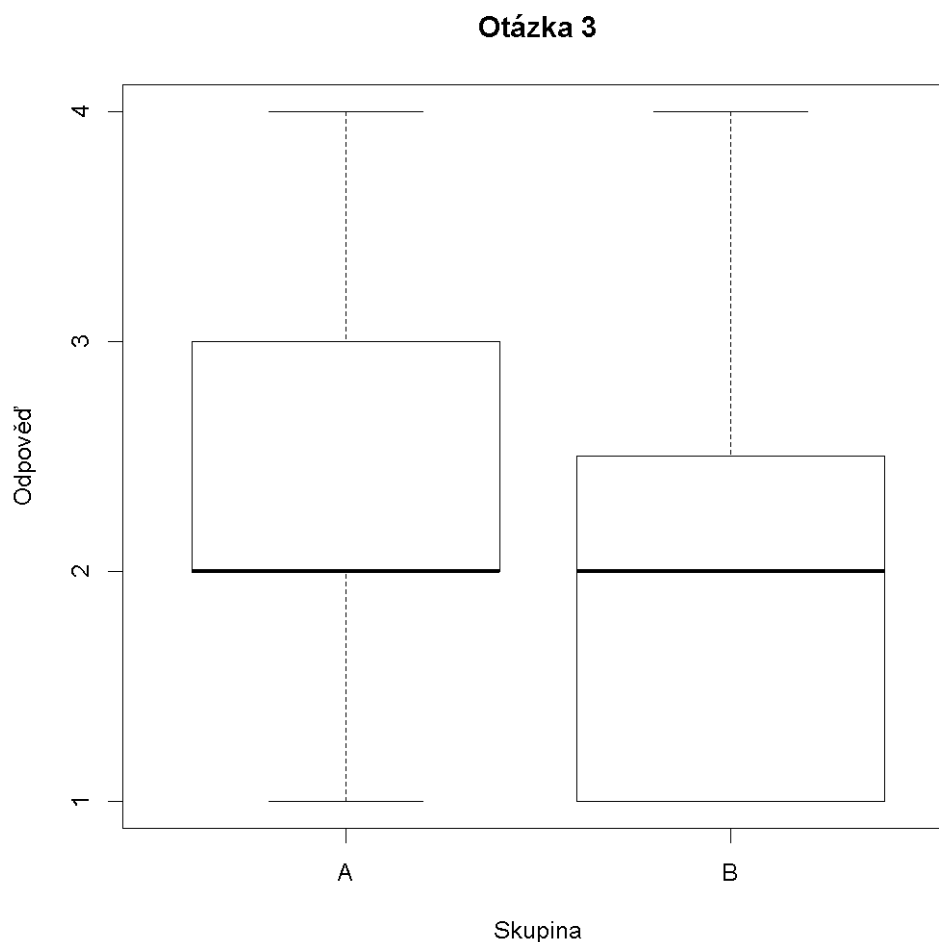


Zdroj: vlastní zpracování na základě výzkumného šetření

Skupiny se v rozložení odpovědí na otázku č. 3 **statisticky významně liší** (Fisherův exaktní test $p = 0.03$).

Předpoklad, že neexistuje statisticky významný rozdíl mezi oběma ordinacemi v prožívání tělesných problémů pacientů, u kterých se nezjistila žádná objektivní příčina – zamítám.

Graf 11: Zastoupení odpovědí na otázku č. 3 – krabicový graf



Zdroj: vlastní zpracování na základě výzkumného šetření

Rozložení odpovědí na otázku č. 3 ve skupinách **nejdou oproti sobě statisticky významně posunutá** (Wilcoxon-Mann-Whitneyův test – exaktní pravděpodobnost – $p = 0.139$)

Komentář:

V ambulanci A trpí v současné době tělesnými problémy, u kterých se nezjistila žádná příčina, někdy 34,1 %, zřídka 31,8 %, nikdy 22,7 %, často 11,4 % pacientů. Jeden pacient na tuto otázku neodpověděl.

V ambulanci B trpí v současné době tělesnými problémy, u kterých se nezjistila žádná příčina, nikdy 42,6 %, zřídka 31,9 %, někdy 17,0 %, často 8,5 % pacientů.

U této otázky pacienti obou ordinací využili celou škálu odpovědí. Mezi skupinami byl velký rozdíl mezi nejčastěji uváděnou variantou – v ambulanci A byla uváděna nejčastěji odpověď někdy a v ambulanci B to byla s převahou odpověď nikdy.

Otázka č. 4

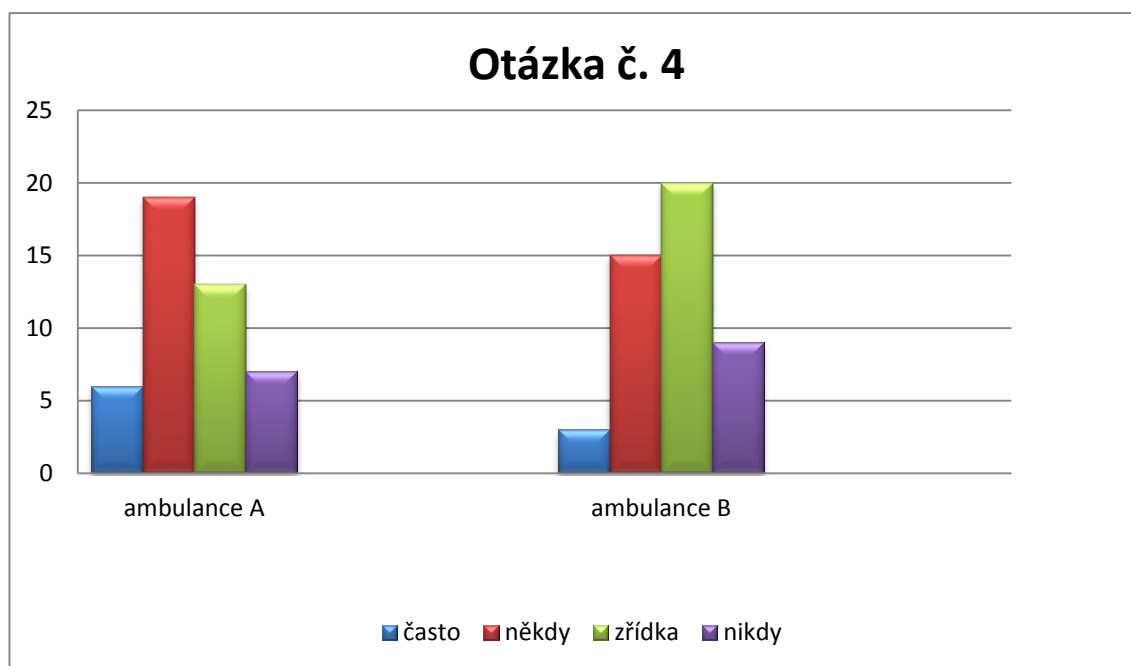
Trápí vás změny nálad, nějaké pocity či myšlenky?

Tabulka 12: Zastoupení odpovědí na otázku č. 4

	Absolutní četnost A	Relativní četnost A	Absolutní četnost B	Relativní četnost B
často	6	13,3 %	3	6,4 %
někdy	19	42,2 %	15	31,9 %
zřídka	13	28,9 %	20	42,6 %
nikdy	7	15,6 %	9	19,1 %
součet	45	100 %	47	100 %

Zdroj: vlastní zpracování na základě výzkumného šetření

Graf 12: Zastoupení odpovědí na otázku č. 4 – sloupcový graf

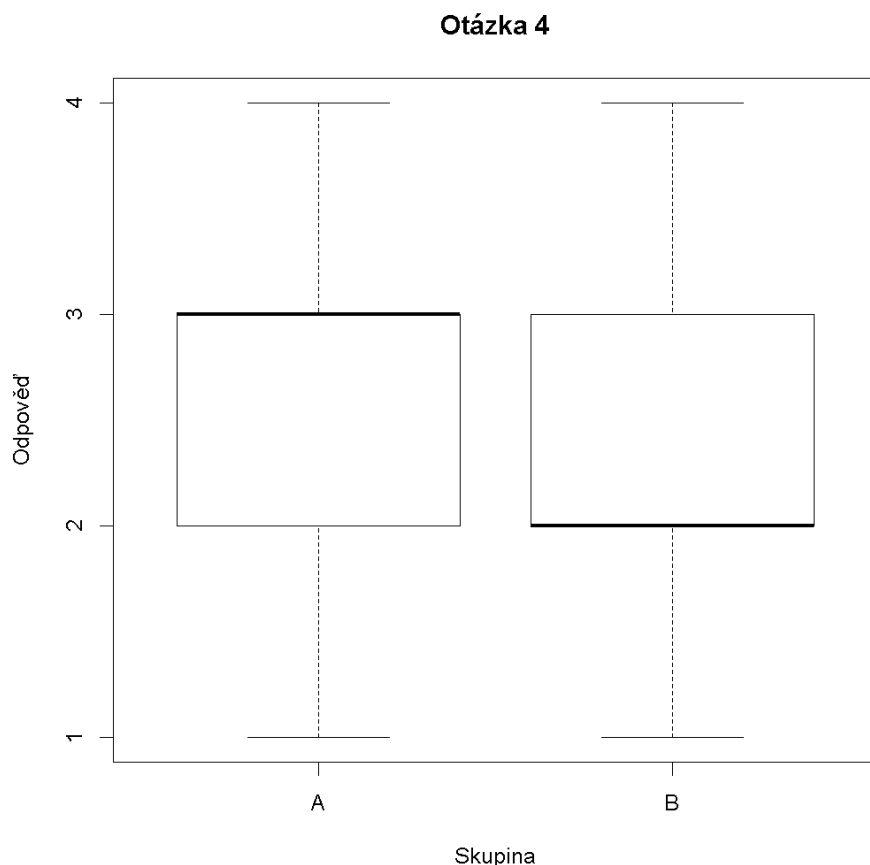


Zdroj: vlastní zpracování na základě výzkumného šetření

Skupiny se v rozložení odpovědí na otázku č. 4 **statisticky významně neliší** (Fisherův exaktní test $p = 0.122$).

Předpoklad, že neexistuje statisticky významný rozdíl mezi oběma ordinacemi v prožívání trápení ze změn nálad, nějakých pocitů či myšlenek pacientů – nezamítám.

Graf 13: Zastoupení odpovědí na otázku č. 4 – krabicový graf



Zdroj: vlastní zpracování na základě výzkumného šetření

Rozložení odpovědí na otázku č. 4 ve skupinách **nejsou oproti sobě statisticky významně posunutá** (Wilcoxon-Mann-Whitneyův test – exaktní pravděpodobnost – $p = 0.389$).

Komentář:

V ambulanci A pacienti jako nejčastější odpověď na otázku, jestli je trápí změny nálad, pocity či myšlenky, volili variantu někdy (42,2 %). Dále následovala odpověď zřídka (28,9 %), nikdy (15,6 %), často (13,3 %).

V ambulanci B volili respondenti nejčastěji variantu zřídka (42,6 %). Dále následují odpovědi někdy (31,9 %), nikdy (19,1 %), často (6,4 %).

V obou ordinacích se opět setkáváme s využitím celé škály odpovědí. Nejčastěji zvolená odpověď pacientů z obou ordinací se opět lišila, tentokrát ne tak výrazně. V ambulanci A dominovala odpověď někdy a v ambulanci B odpověď zřídka.

Otázka č. 5

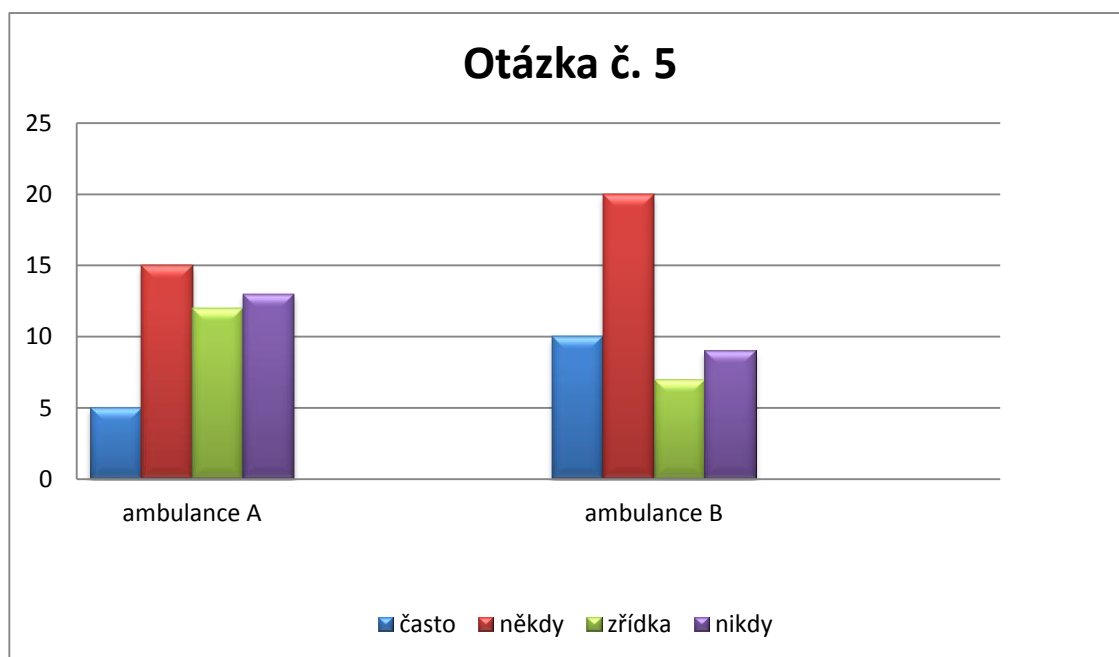
Zajímá se lékař o Vaši rodinnou situaci (např. případné partnerské/manželské či jiné problémy)?

Tabulka 13: Zastoupení odpovědí na otázku č. 5

	Absolutní četnost A	Relativní četnost A	Absolutní četnost B	Relativní četnost B
často	5	11,1 %	10	21,7 %
někdy	15	33,3 %	20	43,5 %
zřídka	12	26,7 %	7	15,2 %
nikdy	13	28,9 %	9	19,6 %
součet	45	100 %	46	100 %

Zdroj: vlastní zpracování na základě výzkumného šetření

Graf 14: Zastoupení odpovědí na otázku č. 5 – sloupcový graf

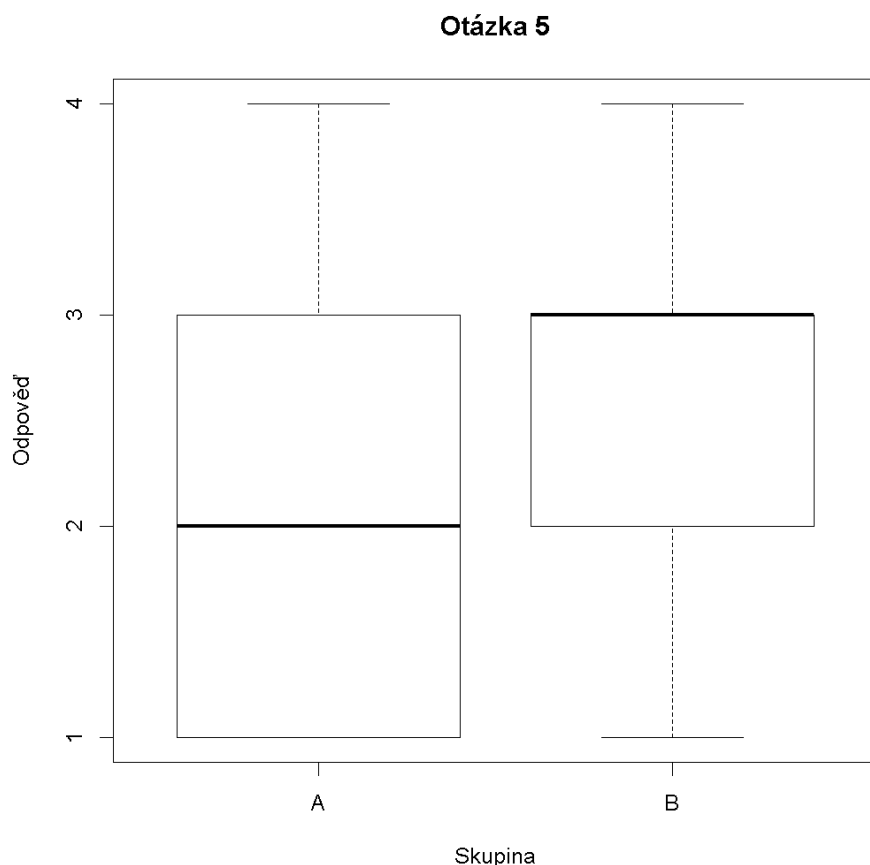


Zdroj: vlastní zpracování na základě výzkumného šetření

Skupiny se v rozložení odpovědí na otázku č. 5 **statisticky významně neliší** (Fisherův exaktní test $p = 0.055$).

Předpoklad, že neexistuje statisticky významný rozdíl mezi oběma ordinacemi v zájmu lékaře o rodinnou situaci pacientů – nezamítám.

Graf 15: Zastoupení odpovědí na otázku č. 5 – krabicový graf



Zdroj: vlastní zpracování na základě výzkumného šetření

Rozložení odpovědí na otázku č. 5 ve skupinách **nejsou oproti sobě statisticky významně posunutá** (Wilcoxon-Mann-Whitneyův test – exaktní pravděpodobnost – $p = 0.232$).

Komentář:

Tato otázka zkoumá, nakolik se lékař zajímá o rodinnou situaci pacienta. V ambulanci A byly odpovědi někdy (33,3 %), nikdy (28,9 %), zřídka (26,7 %) celkem vyrovnané. Pouze odpověď často (11,1 %) byla méně zastoupená.

V ambulanci B byla s převahou nejčastěji volena odpověď někdy (43,5 %). Další odpovědi jsou celkem vyrovnané – často (21,7 %), nikdy (19,6 %), zřídka (15,2 %). Jeden pacient na tuto otázku neodpověděl.

Mezi ambulancemi nejsou rozdíly v typu nejčastější odpovědi pacientů, zvolili odpověď někdy.

Otázka č. 6

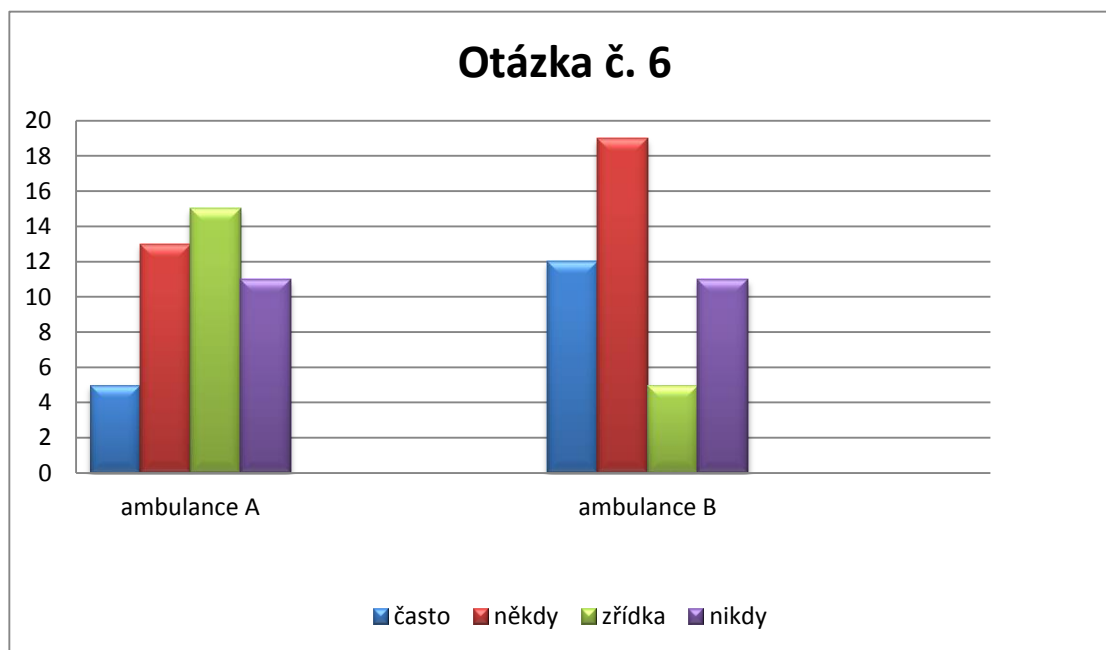
Zajímá se lékař o Vaše různé životní problémy (např. související se zaměstnáním, mezilidskými vztahy, aj.)?

Tabulka 14: Zastoupení odpovědí na otázku č. 6

	Absolutní četnost A	Relativní četnost A	Absolutní četnost B	Relativní četnost B
často	5	11,4 %	12	25,5 %
někdy	13	29,5 %	19	40,4 %
zřídka	15	34,1 %	5	10,6 %
nikdy	11	25 %	11	23,4 %
součet	44	100 %	47	100 %

Zdroj: vlastní zpracování na základě výzkumného šetření

Graf 16: Zastoupení odpovědí na otázku č. 6 – sloupkový graf

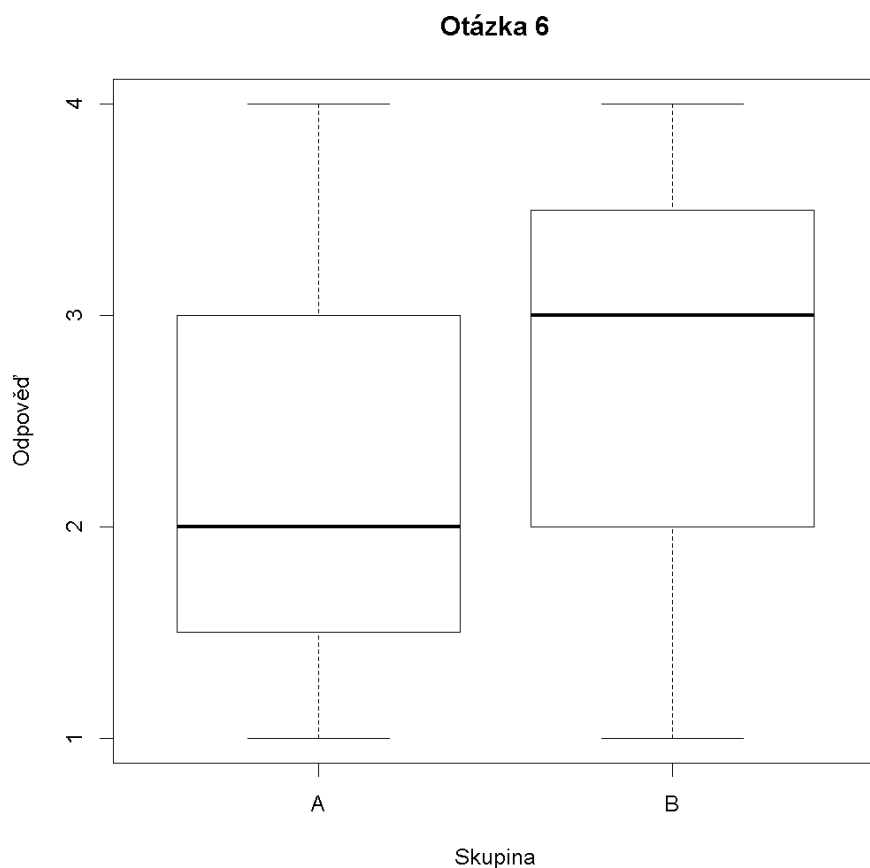


Zdroj: vlastní zpracování na základě výzkumného šetření

Skupiny se v rozložení odpovědí na otázku č. 6 **statisticky významně neliší** (Fisherův exaktní test $p = 0.053$).

Předpoklad, že neexistuje statisticky významný rozdíl mezi oběma ordinacemi v zájmu lékaře o různé životní problémy pacientů – nezamítám.

Graf 17: Zastoupení odpovědí na otázku č. 6 – krabicový graf



Zdroj: vlastní zpracování na základě výzkumného šetření

Rozložení odpovědí na otázku č. 6 ve skupinách **jsou oproti sobě statisticky významně posunutá** (Wilcoxon-Mann-Whitneyův test – exaktní pravděpodobnost – $p = 0.03$).

Komentář:

V ambulanci A pacienti vybrali odpovědi na otázku, na kolik se lékař zajímá o jejich životní problémy, např. související se zaměstnáním, velmi podobným způsobem jako na předcházející otázku, týkající se např. partnerských problémů. Nejčastěji zvolili možnost zřídka (34,1 %), dále následovala možnost někdy (29,5 %), nikdy (25 %), často (11,4 %).

V ambulanci B pacienti také odpovídali velmi podobným způsobem jako na předcházející otázku. Jako nejčastější odpověď byla zvolena možnost někdy (40,4 %), následovala odpověď často (25,5 %), nikdy (23,4 %), zřídka (10,6 %).

V obou ordinacích odpovídali pacienti obdobným způsobem jako na předchozí otázku, rozdíl pozorujeme v typu nejčastější odpovědi – v ambulanci A zřídka, v ambulanci B někdy.

Otázka č. 7

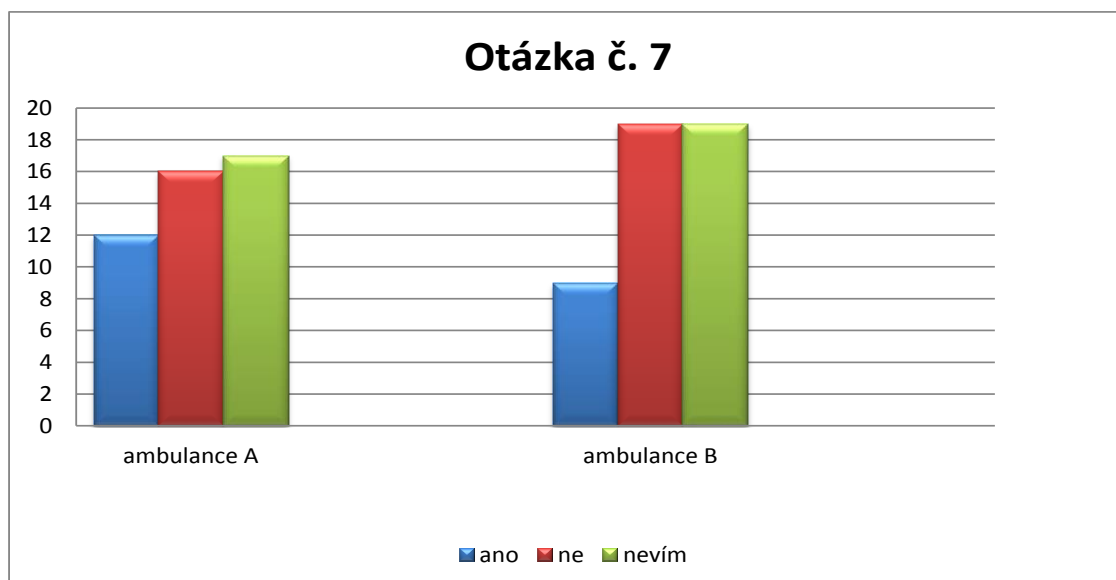
Chtěl(a) byste se svému lékaři svěřit s nějakým osobním či životním problémem?

Tabulka 15: Zastoupení odpovědí na otázku č. 7

	Absolutní četnost A	Relativní četnost A	Absolutní četnost B	Relativní četnost B
ano	12	26,7 %	9	19,1 %
ne	16	35,5 %	19	40,4 %
nevím	17	37,8 %	19	40,4 %
součet	45	100 %	47	99,9 %

Zdroj: vlastní zpracování na základě výzkumného šetření

Graf 18: Zastoupení odpovědí na otázku č. 7 - sloupkový graf



Zdroj: vlastní zpracování na základě výzkumného šetření

Skupiny se v rozložení odpovědí na otázku č. 7 **statisticky významně neliší** (Fisherův exaktní test $p = 0.719$).

Předpoklad, že neexistuje statisticky významný rozdíl mezi oběma ordinacemi v potřebě pacientů svěřit se svému lékaři s nějakým osobním či životním problémem – nezamítám.

Komentář:

Pacienti na otázku, jestli by se chtěli svěřit lékaři se svými osobními či životními problémy, odpovídali nejednoznačně. V ambulanci A pozorujeme poměrně vyrovnané zastoupení všech variant odpovědí. Pacienti volili nevím (37,8 %), ne (35,5 %), ano (26,7 %).

V ambulanci B zjišťujeme, že mezi nejvíce frekventované odpovědi patří shodně ne (40,4 %) a nevím (40,4 %). Ano volilo 19,1 % respondentů.

Za zmínku určitě stojí, že pouze 26,7 % dotazovaných v ambulanci A a 19,1 % dotazovaných v ambulanci B by se chtělo lékaři svěřit se svými problémy.

Otázka č. 8

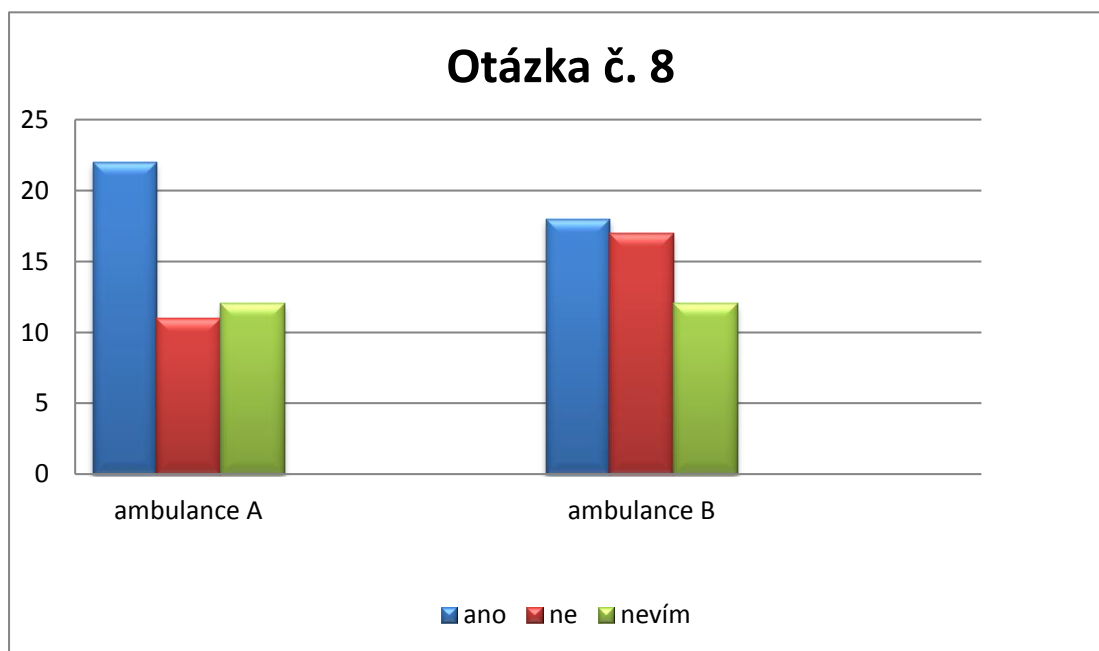
Dokázal(a) byste se svěřit lékaři se svými osobními problémy (např. konflikty s příbuznými, partnerem)?

Tabulka 16: Zastoupení odpovědí na otázku č. 8

	Absolutní četnost A	Relativní četnost A	Absolutní četnost B	Relativní četnost B
ano	22	48,9 %	18	38,3 %
ne	11	24,4 %	17	36,2 %
nevím	12	26,7 %	12	25,5 %
součet	45	100 %	47	100 %

Zdroj: vlastní zpracování na základě výzkumného šetření

Graf 19: Zastoupení odpovědí na otázku č. 8 - sloupkový graf



Zdroj: vlastní zpracování na základě výzkumného šetření

Skupiny se v rozložení odpovědí na otázku č. 8 **statisticky významně neliší** (Fisherův exaktní test $p = 0.447$).

Předpoklad, že neexistuje statisticky významný rozdíl mezi oběma ordinacemi v ochotě pacientů svěřit se lékaři se svými osobními problémy – nezamítám.

Komentář:

V ambulanci A se téměř polovina pacientů (48,9 %) vyjádřila na otázku, jestli si dokážou představit, že by se svěřili lékaři se svými osobními problémy, např. konflikty, které je tíží, kladně. Variantu ne vybralo 24,4 % a nerozhodných je 26,7 % respondentů.

V ambulanci B by se dokázalo svěřit 38,3 % pacientů. Nedokázalo by se svěřit téměř stejné množství lidí (36,2 %). Nerozhodných je 25,5 % dotázaných.

V obou ordinacích pacienti volili nejčastěji kladnou odpověď. V ambulanci A s převahou nad zápornou odpovědí, v ambulanci B byla kladná a záporná odpověď téměř stejně zastoupena.

Otázka č. 9

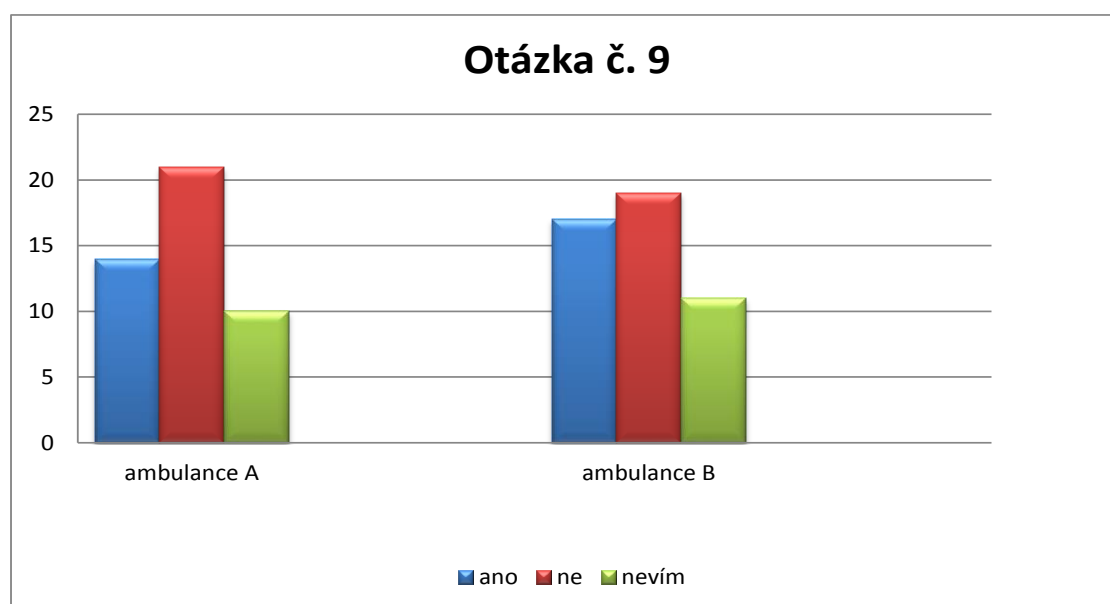
Dokázal(a) byste se svěřit lékaři se svými životními problémy (např. dluhy, nezaměstnaností)?

Tabulka 17: Zastoupení odpovědí na otázku č. 9

	Absolutní četnost A	Relativní četnost A	Absolutní četnost B	Relativní četnost B
ano	14	31,1 %	17	36,2 %
ne	21	46,7 %	19	40,4 %
nevím	10	22,2 %	11	23,4 %
součet	45	100 %	47	100 %

Zdroj: vlastní zpracování na základě výzkumného šetření

Graf 20: Zastoupení odpovědí na otázku č. 9 - sloupkový graf



Zdroj: vlastní zpracování na základě výzkumného šetření

Skupiny se v rozložení odpovědí na otázku č. 9 **statisticky významně neliší** (Fisherův exaktní test $p = 0.862$).

Předpoklad, že neexistuje statisticky významný rozdíl mezi oběma ordinacemi v ochotě pacientů svěřit se se svými životními problémy – nezamítám.

Komentář:

V ambulanci A se pacienti na otázku, jestli by se dokázali svěřit lékaři se svými životními problémy, které je tíží – např. dluhy, vyjádřili převážně záporně (46,7 %). Kladně se vyjádřilo 31,1 %, nerozhodných bylo 22,2 % respondentů.

V ambulanci B u pacientů převažuje také záporná odpověď (40, 4 %). Kladně odpovědělo 36,2 %, nerozhodně 23,4 % dotázaných.

V obou ambulancích, oproti předchozí otázce, zaujali pacienti nejčastěji negativní postoj k možnosti dokázat se svěřit lékaři s životními problémy.

Otázka č. 10

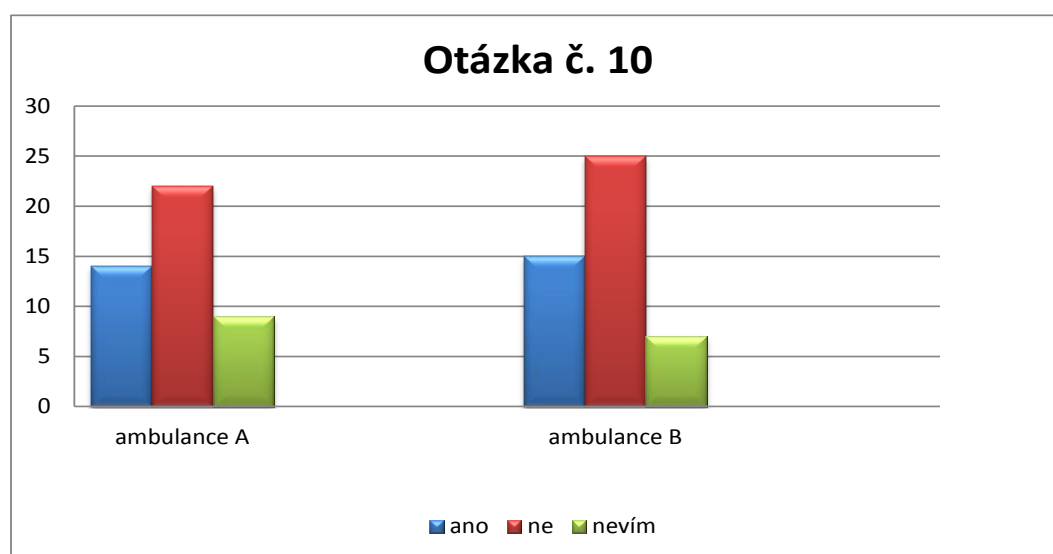
Vidíte nějakou souvislost mezi Vašimi osobními problémy a tělesnými obtížemi?

Tabulka 18: Zastoupení odpovědí na otázku č. 10

	Absolutní četnost A	Relativní četnost A	Absolutní četnost B	Relativní četnost B
ano	14	31,1 %	15	31,9 %
ne	22	48,9 %	25	53,2 %
nevím	9	20,0 %	7	14,9 %
součet	45	100 %	47	100 %

Zdroj: vlastní zpracování na základě výzkumného šetření

Graf 21: Zastoupení odpovědí na otázku č. 10 - sloupcový graf



Zdroj: vlastní zpracování na základě výzkumného šetření

Skupiny se v rozložení odpovědí na otázku č. 10 **statisticky významně neliší** (Fisherův exaktní test $p = 0.817$).

Předpoklad, že neexistuje statisticky významný rozdíl mezi oběma ordinacemi ve vnímání souvislostí mezi osobními problémy a tělesnými obtížemi pacientů – nezamítám.

Komentář:

V ambulanci A téměř polovina pacientů (48,9 %) nevidí žádnou souvislost mezi osobními problémy a tělesnými obtížemi. Naproti tomu 31,1 % respondentů ano a 20,0 % neví.

V ambulanci B si více než polovina pacientů (53,2 %) tělesné obtíže a osobní problémy nedává do souvislosti. Naproti tomu vzájemnou souvislost připouští 31,9 % pacientů a neví 14,9 % pacientů.

Shodně v obou ambulancích pacienti volili nejčastěji možnost ano. Rozložení odpovědí se zde liší jen nepatrně.

Otázka č. 11

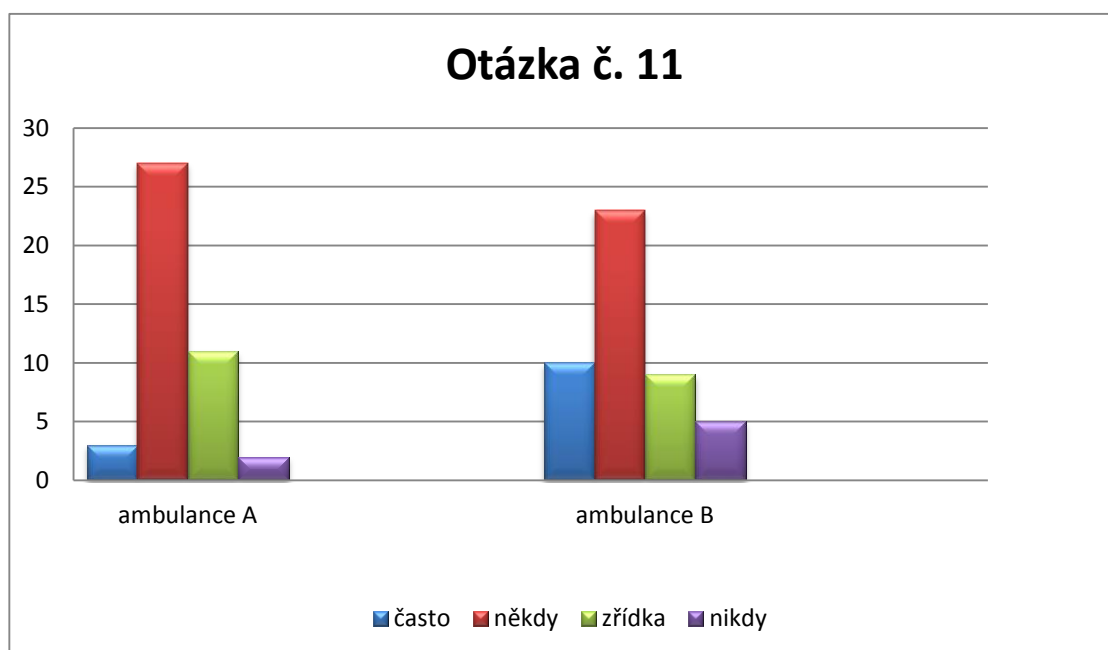
Když je rozdíl mezi výsledky vyšetření a Vaším vlastním pocitem, očekáváte další vyšetření (laboratorní, rentgenové, apod.)...?

Tabulka 19: Zastoupení odpovědí na otázku č. 11

	Absolutní četnost A	Relativní četnost A	Absolutní četnost B	Relativní četnost B
často	3	7,0 %	10	21,3 %
někdy	27	62,8 %	23	48,9 %
zřídka	11	25,6 %	9	19,1 %
nikdy	2	4,6 %	5	10,6 %
součet	43	100 %	47	100 %

Zdroj: vlastní zpracování na základě výzkumného šetření

Graf 22: Zastoupení odpovědí na otázku č. 11 - sloupcový graf

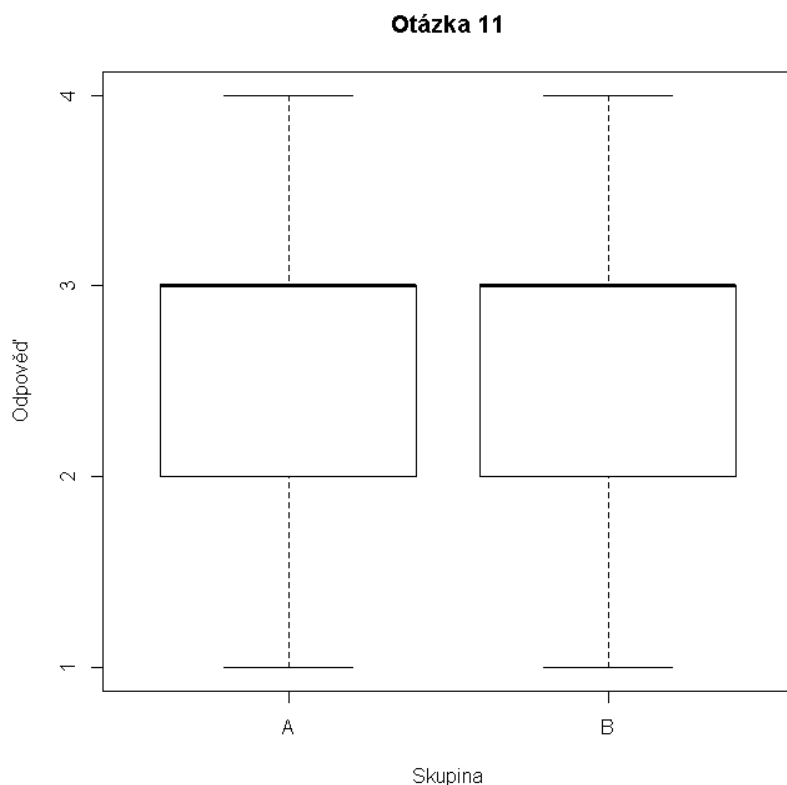


Zdroj: vlastní zpracování na základě výzkumného šetření

Skupiny se v rozložení odpovědí na otázku č. 11 **statisticky významně neliší** (Fisherův exaktní test $p = 0.439$).

Předpoklad, že neexistuje statisticky významný rozdíl mezi oběma ordinacemi v požadování dalšího vyšetření při zjištění rozdílu mezi výsledky vyšetření a vlastním pocitem – nezamítám.

Graf 23: Zastoupení odpovědí na otázku č. 11 – krabicový graf



Zdroj: vlastní zpracování na základě výzkumného šetření

Rozložení odpovědí na otázku č. 11 ve skupinách **nejsou oproti sobě statisticky významně posunutá** (Wilcoxon-Mann-Whitneyův test – exaktní pravděpodobnost – $p = 0.151$).

Komentář:

V ambulanci A byla nejčastější odpovědí na vyjádření požadavku dalšího vyšetření při neshodě vlastních pocitů a výsledků objektivních nálezů varianta někdy (62,8 %). Dále následovaly varianty zřídka (25,6 %), často (7,0 %), nikdy (4,6 %). Dva pacienti neodpověděli.

V ambulanci B se nejčastěji pacienti vyjádřili také variantou někdy (48,9 %). Dále volili varianty často (21,3 %), zřídka (19,1 %), nikdy (10,6 %).

V obou ambulancích můžeme pozorovat shodu ve volbě nejčastější odpovědi – někdy. V ambulanci A ji volili respondenti s velkou převahou, v ambulanci B s menší převahou.

Otázka č. 12

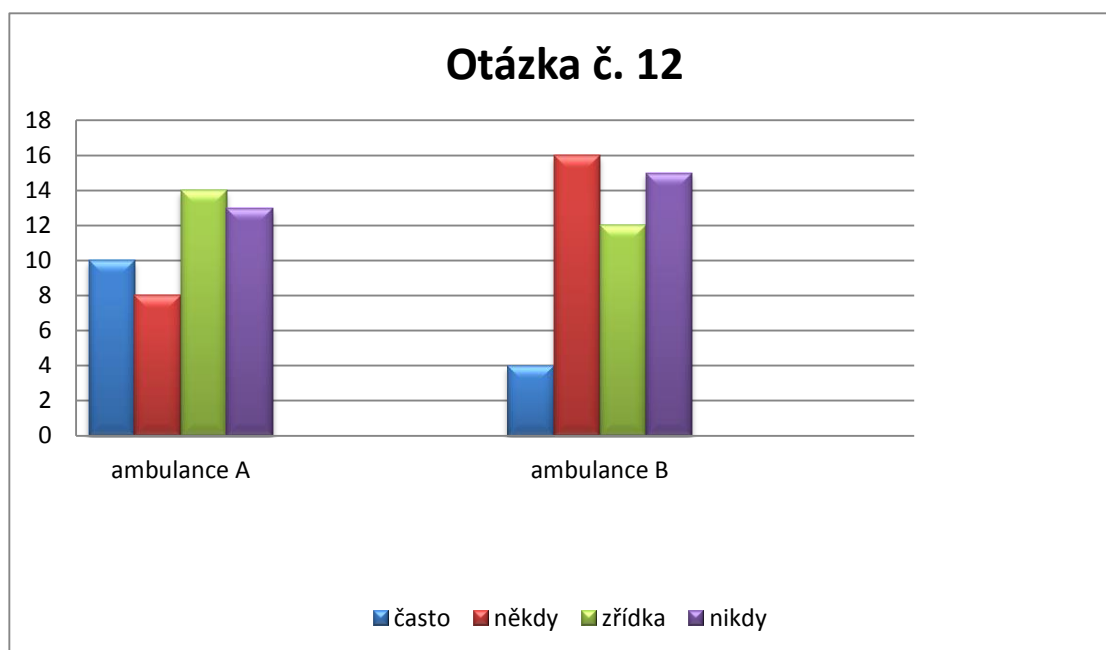
Při pravidelných návštěvách od lékaře očekávám pouze předepsání léků...

Tabulka 20: Zastoupení odpovědí na otázku č. 12

	Absolutní četnost A	Relativní četnost A	Absolutní četnost B	Relativní četnost B
často	10	22,2 %	4	8,5 %
někdy	8	17,8 %	16	34,0 %
zřídka	14	31,1 %	12	25,5 %
nikdy	13	28,9 %	15	31,9 %
součet	45	100 %	47	100 %

Zdroj: vlastní zpracování na základě výzkumného šetření

Graf 24: Zastoupení odpovědí na otázku č. 12 - sloupcový graf

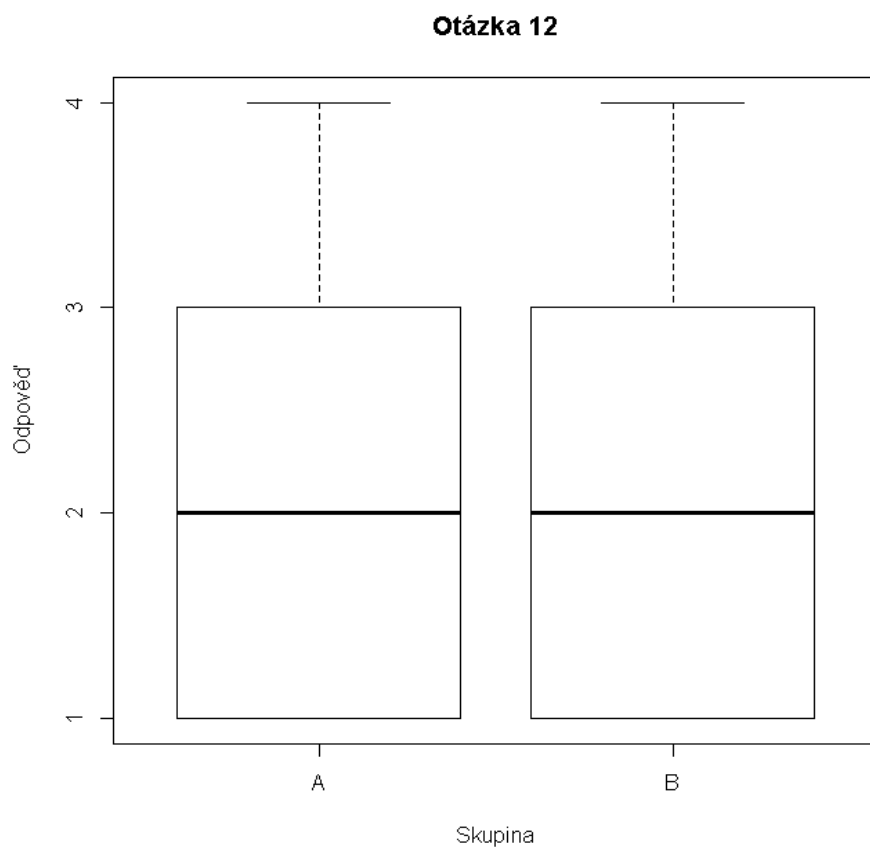


Zdroj: vlastní zpracování na základě výzkumného šetření

Skupiny se v rozložení odpovědí na otázku č. 12 **statisticky významně neliší** (Fisherův exaktní test $p = 0.604$).

Předpoklad, že neexistuje statisticky významný rozdíl mezi oběma ordinacemi v požadování pouhého předepsání léků při pravidelných návštěvách lékaře – nezamítám.

Graf 25: Zastoupení odpovědí na otázku č. 12 - krabicový graf



Zdroj: vlastní zpracování na základě výzkumného šetření

Rozložení odpovědí na otázku č. 12 ve skupinách **nejsou oproti sobě statisticky významně posunutá** (Wilcoxon-Mann-Whitneyův test – exaktní pravděpodobnost – $p = 0.146$).

Komentář:

V ambulanci A se pacienti vyjádřili na otázku, jestli požadují při návštěvě pouze předepsání léků, celou škálou odpovědí – zřídka v 31,1 %, nikdy v 28,9 %, často v 22,2 %, někdy v 17,8 %.

V ambulanci B se pacienti vyjádřili také celou škálou odpovědí, ale v jiném pořadí četnosti – někdy v 34,0 %, nikdy v 31,9 %, zřídka v 25,5 %, často v 8,5 %.

V obou ambulancích můžeme pozorovat, že téměř třetina pacientů nepřichází nikdy do ordinace jen kvůli předepsání léků.

Otázka č. 13

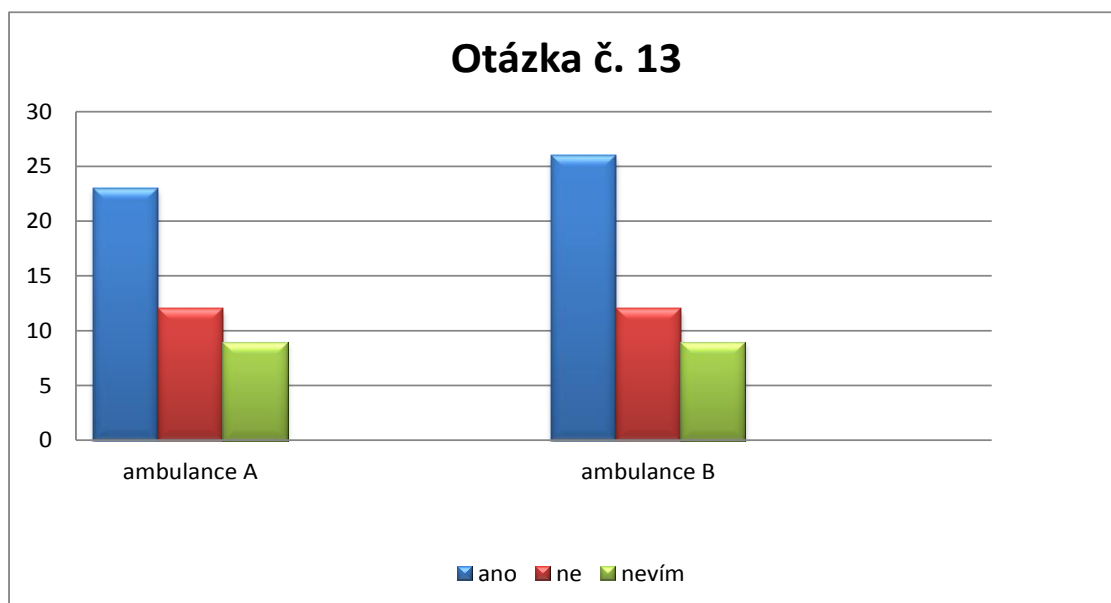
Dovedete si představit, že byste z důvodu svých obtíží vyhledal(a) psychoterapeuta?

Tabulka 21: Zastoupení odpovědí na otázku č. 13

	Absolutní četnost A	Relativní četnost A	Absolutní četnost B	Relativní četnost B
ano	23	52,3 %	26	55,3 %
ne	12	27,3 %	12	25,5 %
nevím	9	20,4 %	9	19,1 %
součet	44	100 %	47	100 %

Zdroj: vlastní zpracování na základě výzkumného šetření

Graf 26: Zastoupení odpovědí na otázku č. 13 - sloupcový graf



Zdroj: vlastní zpracování na základě výzkumného šetření

Skupiny se v rozložení odpovědí na otázku č. 13 **statisticky významně neliší** (Fisherův exaktní test $p = 1$).

Předpoklad, že neexistuje statisticky významný rozdíl mezi oběma ordinacemi v možnosti, zda si dovedou pacienti představit vyhledat psychoterapeuta z důvodu svých obtíží – nezamítám.

Komentář:

V ambulanci A si více než polovina pacientů (52,3 %) dovede představit návštěvu psychologa. Těch, kteří si to nedovedou představit, je 27,3 %, neví 20,4 %. Jeden pacient neodpověděl.

V ambulanci B také více než polovina pacientů odpovídala ano (55,3 %). Nedovede si představit návštěvu psychologa 25,5 %, neví 19,1 % respondentů.

V odpovědích pacientů obou ordinací panuje téměř shoda. Nejčastěji volili možnost ano.

Otázka č. 14

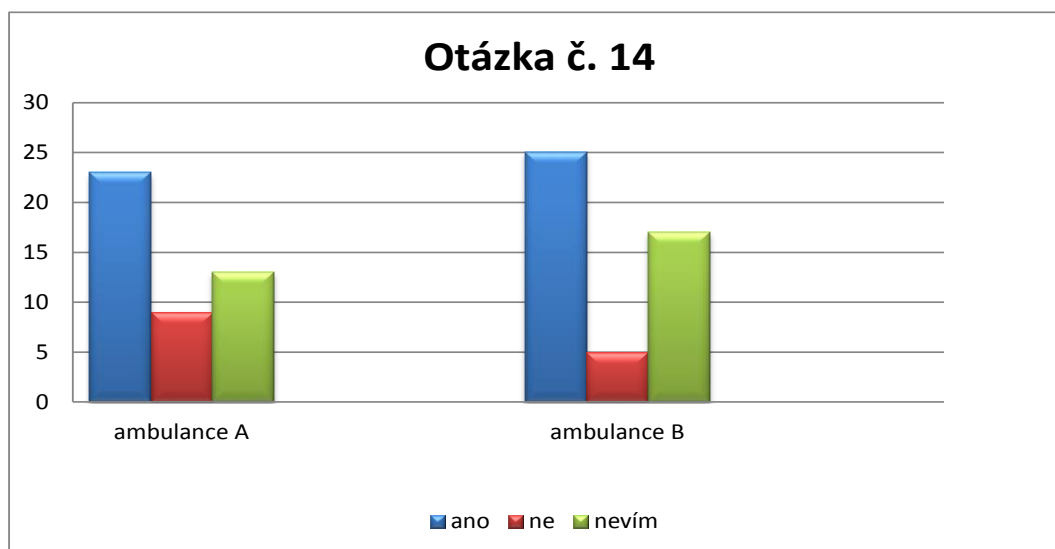
Uvítal(a) byste možnost zmírnění Vašich obtíží pomocí nácviku relaxace?

Tabulka 22: Zastoupení odpovědí na otázku č. 14

	Absolutní četnost A	Relativní četnost A	Absolutní četnost B	Relativní četnost B
ano	23	51,1 %	25	53,2 %
ne	9	20,0 %	5	10,6 %
nevím	13	28,9 %	17	36,2 %
součet	45	100 %	47	100 %

Zdroj: vlastní zpracování na základě výzkumného šetření

Graf 27: Zastoupení odpovědí na otázku č. 14 - sloupkový graf



Zdroj: vlastní zpracování na základě výzkumného šetření

Skupiny se v rozložení odpovědí na otázku č. 14 **statisticky významně neliší** (Fisherův exaktní test $p = 0.431$).

Předpoklad, že neexistuje statisticky významný rozdíl mezi oběma ordinacemi v možnosti, zda by pacienti uvítali zmírnění obtíží pomocí nácviku relaxace – nezamítám.

Komentář:

V ambulanci A se více než polovina pacientů vyjádřila na otázku, jestli by uvítali zmírnění obtíží pomocí relaxace, kladně (51,1 %). Odpověď nevím vybralo 28,9 % a odpověď ne vybralo 20,0 % respondentů.

V ambulanci B se více než polovina pacientů vyjádřila kladně (53,2 %). Dále následovala odpověď nevím (36,2 %), pak odpověď ne (10,6 %).

V obou ordinacích by více než polovina pacientů uvítala nácvik relaxace ke zmírnění obtíží.

Otázka č. 15

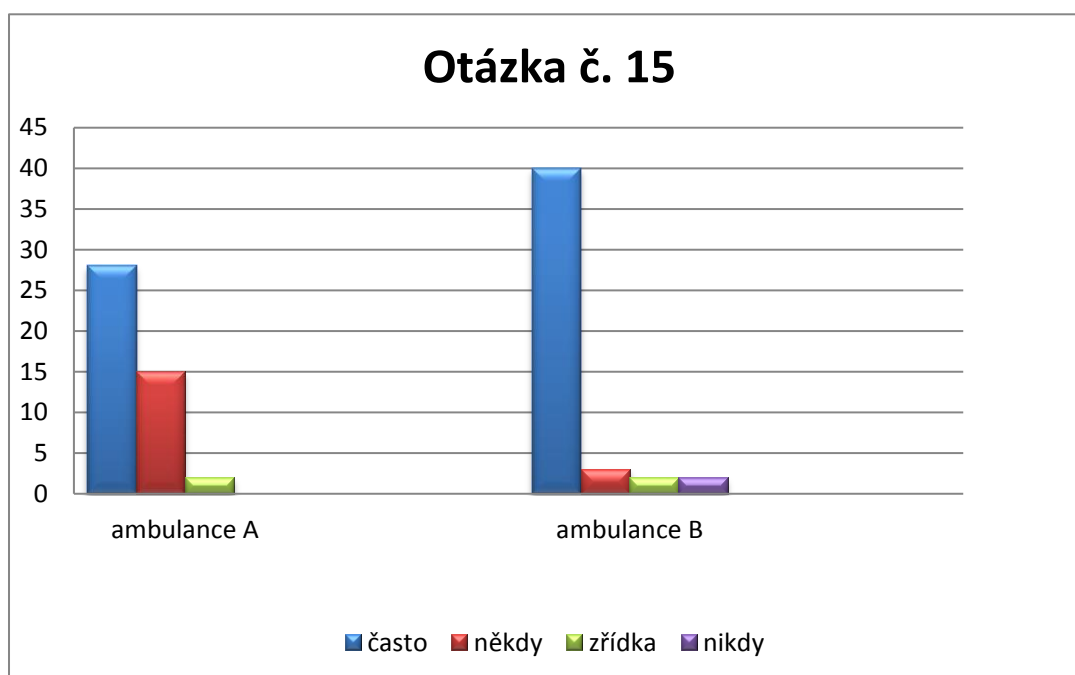
Máte takovou zkušenost, že lékař velmi pozorně vyslechl Váš popis potíží, vyjádřil pochopení Vašich reálných tělesných potíží a snažil se Vám vyjádřit porozumění?

Tabulka 23: Zastoupení odpovědí na otázku č. 15

	Absolutní četnost A	Relativní četnost A	Absolutní četnost B	Relativní četnost B
často	28	62,2 %	40	85,1 %
někdy	15	33,3 %	3	6,4 %
zřídka	2	4,4 %	2	4,3 %
nikdy	0	0 %	2	4,3 %
součet	45	100 %	47	100 %

Zdroj: vlastní zpracování na základě výzkumného šetření

Graf 28: Zastoupení odpovědí na otázku č. 15 - sloupcový graf

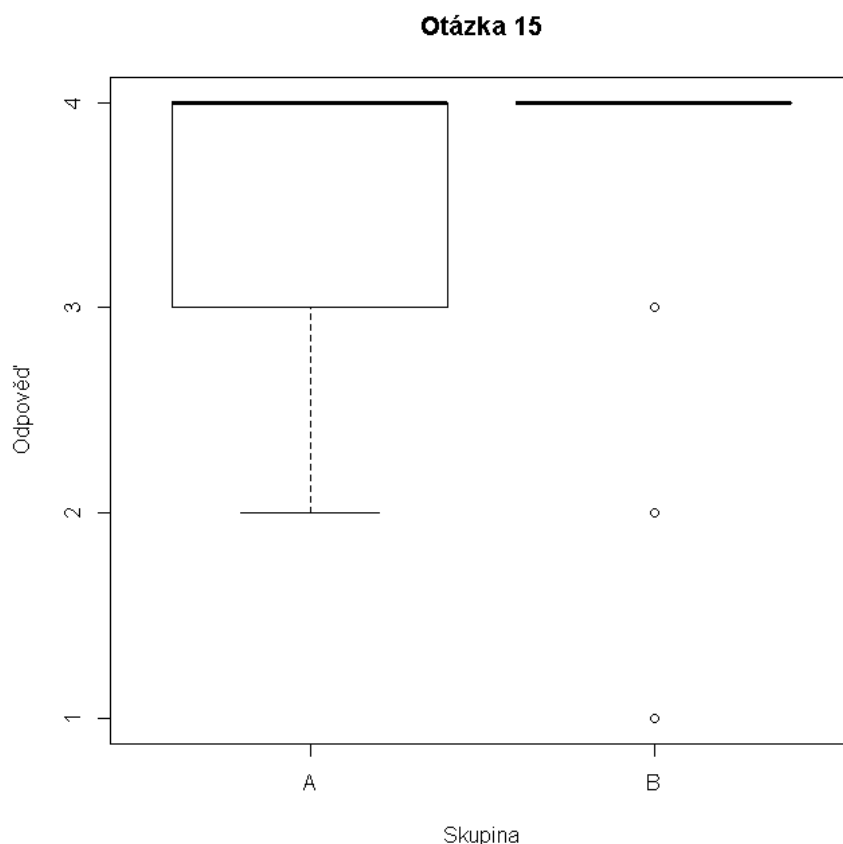


Zdroj: vlastní zpracování na základě výzkumného šetření

Skupiny se v rozložení odpovědí na otázku č. 15 **statisticky významně liší** (Fisherův exaktní test $p = 0.03$).

Předpoklad, že neexistuje statisticky významný rozdíl mezi oběma ordinacemi ve zkušenosti pacientů, jestli je lékař vyslechl, vyjádřil jim pochopení a porozumění – zamítám.

Graf 29: Zastoupení odpovědí na otázku č. 15 - krabicový graf



Zdroj: vlastní zpracování na základě výzkumného šetření

Rozložení odpovědí na otázku č. 15 ve skupinách **jsou oproti sobě statisticky významně posunutá** (Wilcoxon-Mann-Whitneyův test – exaktní pravděpodobnost – $p = 0.002$).

Komentář:

V ambulanci A se u pacientů objevuje pozitivní zkušenost s empatickým přístupem lékaře často (62,2 %). S tímto přístupem se setkalo někdy 33,3 % a zřídka 4,4 % pacientů. Žádný pacient nevolil odpověď nikdy.

V ambulanci B se s empatickým přístupem často setkalo až 85,1 % respondentů. Někdy se s tímto přístupem setkalo 6,4 %, zřídka 4,3 %, nikdy 4,3 % dotazovaných.

V obou ambulancích převažuje odpověď často, ale poměrově se liší. V ambulanci A nemá žádný pacient negativní zkušenost s empatickým přístupem lékaře.

8. KVALITATIVNÍ VÝZKUM

8.1 Metodika a cíle kvalitativního výzkumu

Úkolem kvalitativního výzkumu je odkrýt význam sdělovaných informací. Jedná se o nenumerné šetření, při kterém se pracuje se slovy. Informace získáváme od malého počtu jednotlivců. Tento typ výzkumu má vysokou validitu a nízkou reliabilitu. Výsledky nelze zevšeobecňovat (Plevová a kol., 2011).

Kvalitativní výzkum jsem uskutečnila formou polostrukturovaného rozhovoru s praktickým lékařem svého pracoviště a s praktickým lékařem praktikujícím psychosomatiku.

Rozhovory byly zaznamenány na zvukový záznamník. Převod mluveného slova do písemné podoby jsem provedla formou shrnujícího protokolu. Tento typ transkripce jsem zvolila z důvodu přítomnosti tvrzení, která se opakovala anebo se výrazně odklonila od tématu (Hendl, 2005).

Rozhovory byly realizovány v červnu 2014. Získané informace jsem analyzovala formou otevřeného kódování, které jsem pro lepší přehlednost zpracovala do tabulek.

Lékařům jsem položila otázky:

- 1) Jak vnímáte svůj přístup k pacientům?
- 2) Jak si myslíte, že vnímají Váš přístup pacienti?
- 3) Jak hodnotíte přístup sestry k pacientům?

Během rozhovoru jsem položila ještě jednu doplňující otázku, která vyplynula z výpovědi obou informantů a pokládala jsem ji za důležitou.

- 4) Jak jednáte s pacienty, když máte podezření na psychosociální příčinu nemoci?

Cíle kvalitativního výzkumu:

- 1) Zjistit, jaké zkušenosti mají lékaři s aplikací psychosomatického přístupu.
- 2) Zjistit, jak vnímají jejich přístup pacienti.
- 3) Zjistit, jak reagují pacienti na psychosociální faktory svých obtíží.
- 4) Zjistit, jaký je přínos všeobecné sestry v přístupu k pacientům.

8.2 Analýza rozhovorů

Po pečlivém prozkoumání obou rozhovorů jsem stanovila několik kategorií:

Kategorie 1 – odhalování příčin onemocnění.

Kategorie 2 – individualita přístupu v diagnostice.

Kategorie 3 – reakce pacientů na psychickou příčinu nemoci.

Kategorie 4 – požadavky pacientů.

Kategorie 5 – vztah mezi zdravotníkem a pacientem.

Kategorie 6 – spokojenost pacientů.

Kategorie 7 – přístup sestry k pacientům.

Tabulka 24: Kategorie 1 - odhalování příčin onemocnění

<p>Kategorie 1 ODHALOVÁNÍ PŘÍČIN ONEMOCNĚNÍ</p>	
<p>Ambulance A Praktický lékař</p>	<p><i>Problém příčin onemocnění je ten, že jsou multifaktoriální, na vzniku se podílí řada věcí. Psychika na to má vliv, ale není to samotná příčina, problém je třeba řešit komplexně. Zrovna taky jako nemůžete léčit jenom laboratorní výsledky, ale i toho pacienta. Je potřeba eliminovat všechny vztahy, které se na daném patologickém stavu můžou podílet, a samozřejmě psychický stav může být jedním z toho. To je jedna skupina. Pak samozřejmě existuje skupina, kde psychika má naprosto dominantní vliv na to dané onemocnění. Základní pravidlo je vyloučit organickou příčinu onemocnění. Jinak je to ošetření non lege artis (pozn. jedná se o postup medicínsky neověřený, který není dle aktuálních nejnovějších vědeckých poznatků, je zastaralý nebo méně účinný). Nakonec když si vezmete definici zdraví podle WHO, tak z toho komplexnost vyplývá. Je řada onemocnění, kde se psychická příčina vůbec neřeší – to jsou akutní onemocnění – od úrazu po akutní infekční onemocnění. U těchto onemocnění má psychika na vznik onemocnění minimální vliv. Kde se to vztahuje k onemocnění – to jsou hlavně ty chronické onemocnění a hlavně funkční problémy. Zde znovu platí, že nejdřív zkoumáte organickou příčinu. Po vyloučení všech těchto příčin, můžete uvažovat, zda se na vzniku nepodílí nějaký ten psychosociální faktor.</i></p>
<p>Ambulance B Psychosomatický praktický lékař</p>	<p><i>Já se snažím pochopit, co po mně chce pacient. Člověk přemýšlí, s čím za mnou ten pacient přišel, co pacienta ke mně přivádí. Když přijde jen pro prášky nebo s akutním onemocněním, není co řešit. A jestli má pacient chronický problém a ten problém se zhoršuje nebo má problém, který chce řešit anebo ho někdo vystrašil, popřípadě mu někdo dal nůž na krk, jestli se s tím nenecháš vyšetřit, tak... Chce to konzultovat. Vycítit, nakolik ho ten symptom omezuje. U chroniků musím zvažovat, co je třeba řešit a jestli ten problém není psychosomatický. Samozřejmě obezřetně. Už se mi stalo, že jsem si myslel, že je původ psychosociální, a nebylo to tak. Už jsem si myslel, že např. závratě jsou psychosomatického původu, ale bylo to něco závažnějšího. Alfa a omega naší práce je preventivní prohlídka, kde máte prostor se pacientovi více věnovat. Cílem praktického lékaře je primárně pacienta dobře vyšetřit a pak dát dost prostoru pro vylíčení jeho potíží. Specialisti nemají čas se jim věnovat, ale praktici ano.</i></p>

Zdroj: vlastní zpracování na základě výzkumného šetření

Analýza:

Praktický lékař klade důraz na komplexní přístup k pacientovi, jak v diagnostice, tak i v léčení. Tento způsob přirozeně vyplývá i z definice WHO (zdraví definuje jako stav kompletní fyzické, mentální a sociální pohody, nikoli pouze jako absenci nemoci nebo vady). Praktický lékař zdůrazňuje zásadu – nejdříve vyšetřit objektivně a zjistit, nakolik se na tom daném zdravotním problému podílí orgánová dysfunkce a nakolik psychický problém. Zdůrazňuje nutnost postupovat *lege artis*, tzn. „*podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti*“ (ustanovení § 28 odst. 2 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování).

Psychosomatický lékař pokládá za zásadní informaci důvod návštěvy pacienta v ordinaci. Potřeby a požadavky pacienta jsou pro něj velmi důležité. Větší časový prostor pro vyjádření pocitů a problémů se pacientovi dostává při preventivních prohlídkách.

Oba lékaři shodně uvádějí, že nejdříve pacienta objektivně vyšetří a pak zohledňují možný podíl psychiky na vzniku zdravotních obtíží. Tato shoda platí i v případě rozdílného přístupu v diagnostice akutního nebo chronického onemocnění. Podíl psychiky je značně odlišný.

Tabulka 25: Kategorie 2 - individualita přístupu v diagnostice

<p>Kategorie 2 INDIVIDUALITA PŘÍSTUPU V DIAGNOSTICE</p>	
<p>Ambulance A Praktický lékař</p>	<p><i>Když pacienta dobře znáte, můžete taky zohlednit fakt, že každý pacient má jiný práh bolestivosti. Někdo přijde s každou „hloupostí“ a chce to hned řešit. Někteří však neprijdou ani v celkem závažném stavu, protože to nevnímají jako nějaký závažný problém. Je řada pacientů, kteří mají řadu problémů, které je zásadně neomezují, ale když takový pacient přijde už s něčím jiným, tak jde většinou o něco závažnějšího. Při prvním kontaktu s pacientem na něm nemusíte v rámci objektivního vyšetření nic zvláštního zjistit, a přesto ten stav může být závažný. Samozřejmě záleží, jestli jde o akutní – krátkodobé problémy anebo dlouhodobé problémy. Problematické je to vždy, když pacienta vidíte poprvé, podruhé, potřetí... prostě krátkodobě</i></p>
<p>Ambulance B Psychosomatický praktický lékař</p>	<p><i>Když cítím, že pacient je nervózní, pospíchá, nechce nic řešit, chce jenom prášky, napíšu mu to a on je spokojený a jde. S takovým člověkem nemá smysl rozebírat nějakou psychosomatiku, i když si myslím, že jeho problémy mají původ v psychice. Pro takové lidi je to tabu a ten člověk se nechce otevřít, je zapouzdřený a vyhovuje mu to a to si skutečně myslím, že nemusí dělat takovou paseku.</i></p> <p><i>To, že jsou nespokojeni, poznám podle toho, že se často vrátí. Přijdou s novým symptomem. My jsme posledně něco řešili – to už je v pořádku, ale má tu něco jiného a pak „vytáhnou králíka z klobouku“. To si říkám, že jsem přesně neodhadl ten důvod, proč za mnou ten člověk přišel. Někdo to neřekne přímo, ale sdělují mi to přes ten symptom. Ti patří mezi nejnáročnější pacienty. Když přijde s jiným problémem než minule, tak si říkám, že jsem mu nedal dostatečný prostor na vyličení jeho obtíží. Když je symptom stejný, nepřemaskoval se v jiný a přetrvává, tak jsem možná udělal diagnostickou chybu. Ale když se jeho problém zintenzivňuje, tak si říkám pozor, tady už jde o něco závažnějšího.</i></p>

Zdroj: vlastní zpracování na základě výzkumného šetření

Analýza:

Praktický lékař velmi pečlivě zohledňuje rozdíly ve vnímání bolesti, míru závažnosti problému vzhledem k osobnosti každého pacienta. Pokud pacienta zná delší dobu, snadněji si všimne nových obtíží. Ale pokud jde o nového pacienta, je diagnostika vždy problematictější.

Pro psychosomatického lékaře je důležité, co od něj jako lékaře pacient očekává a zda pacientovi dává prostor pro vylišení jeho obtíží. Jako měřítko správné diagnostiky udává návratnost, vymizení, přetrvávání anebo „přemaskování“ symptomu. Mezi pacienty pozoruje výrazné rozdíly v ochotě připustit si, že problémy by mohly být v psychice.

Tabulka 26: Kategorie 3 - reakce pacientů na psychickou příčinu nemoci

Kategorie 3 REAKCE PACIENTŮ NA PSYCHICKOU PŘÍČINU NEMOCI	
Ambulance A Praktický lékař	<p><i>Charakteristický je, že když se pacient dostane do nějaké psychosociální zátěže – např. pracovních problémů, rodinných problémů, tak se ten člověk zhorší a v této fázi je potřeba to odhalit. Je samozřejmě důležité, aby ten člověk dostal na svoji nemoc náhled.</i></p> <p><i>Existuje skupina pacientů, kterým to říct nemůžu. Oni slyší psychika a pro ně se to rovná psychiatr. Pak je další skupina, která si o tom nechá něco povědět. A pak je skupina, která to přijímá naprosto pozitivně. S takovými klienty se dá dál pracovat. Pracovat se má samozřejmě se všemi pacienty. Spíš se jedná o to, že na každou skupinu pacientů musíte působit jinak. Např. když jim chci předepsat antidepresiva, tak té skupině pacientů, která pozitivně takové informace přijímá, řeknu, že to jsou antidepresiva, která jim pomůžou nastartovat změnu. Protože problémy v psychické oblasti se řetězí do kruhu. A odněkud se musí začít.</i></p> <p><i>U pacientů, kteří o psychických faktorech, podílejících se na jejich problémech, nechtějí ani slyšet, pak těžko doporučuji psychoterapii. Nemůžete nikoho léčit proti jeho vůli.</i></p>
Ambulance B Psychosomatický praktický lékař	<p><i>Vnímání přístupu pacienta je daný osobností pacienta.</i></p> <p><i>Nařuknu, kde by mohl být problém, a pak už je to na pacientovi, zda za psychologem zajde. Necháám ho tuto informaci zpracovat v hlavě. Někteří tuší, že je problém v psychice, ale nechtějí si to otevřeně přiznat. A když je větší problém, tak na návštěvě psychologa i trvám.</i></p> <p><i>Dnes už na psychoterapeutické sezení bohužel nemám čas. Dříve jsem si zval vybrané pacienty k psychoterapeutickým sezením v rámci krátkodobé intervence. Nyní využívám kolegů psychoterapeutů.</i></p>

Zdroj: vlastní zpracování na základě výzkumného šetření

Analýza:

Praktický lékař pokládá za důležité vědět, že problémy v psychosociální oblasti se projeví ve zhoršení zdravotního stavu pacienta. Obecně se lékař ve své ordinaci setkává převážně se třemi typy reakcí pacientů – pacienti jednoznačně odmítající řešit své psychické problémy, pacienti přístupní dialogu o své psychice a pacienti naprosto pozitivně přijímající řešení v psychické oblasti. Těm, kteří zásadně odmítají řešit psychické problémy, nemá lékař ani šanci doporučit odborné psychoterapeutické léčení.

Podle psychosomatického lékaře je přístup pacienta k řešení problémů v psychické oblasti dán především osobností pacienta. Pacienty k řešení problémů v psychické oblasti nepřesvědčuje. Je na každém pacientovi, zda k psychologovi bude chodit, či ne. Lékař dříve prováděl s vybranými pacienty psychoterapeutická sezení. Ale nyní, při zvýšeném počtu zaregistrovaných pacientů, mu na to nezbývá čas. Při závažných stavech návštěvu psychologa vyžaduje.

Oba se shodují na individuálních reakcích pacientů na psychické problémy vyplývající z rozdílných povahových a charakterových vlastností každého jednotlivce.

Tabulka 27: Kategorie 4 - požadavky pacientů

<p>Kategorie 4</p> <p>POŽADAVKY PACIENTŮ</p>	
<p>Ambulance A</p> <p>Praktický lékař</p>	<p><i>Někteří přijdou a chtějí ten svůj recept a nic jiného řešit nechtějí. Někdy to na místě je a někdy není. Oni si skutečně přijdou jen pro ten recept, ale při zevrubném rozhovoru vyvstane problém, který je záhodno taky řešit.</i></p> <p><i>V dnešní době je problém, že někteří pacienti mají své zdravotní problémy podrobně „seštudované“ z internetu. Jsou určité stránky, které poskytují validní informace. Ale je i řada těch, co poskytuje informace krajně zavádějící až hraniční, a těch je naprostá většina.</i></p> <p><i>Pacienti pak chtějí, ať vědomě či nevědomě, lékaře někam vmanipulovat. Spousta pacientů přijde s hotovou diagnózou a přitom se za jejich problémy skrývají úplně jiné problémy.</i></p>
<p>Ambulance B</p> <p>Psychosomatický praktický lékař</p>	<p><i>Při chronických problémech při žádosti o další vyšetření se vždycky ptám, co si pacient myslí, že mu to vyšetření přinese. Řeknu mu, že si nemyslím, že jeho problémy jsou závažné a že nám další vyšetření nic nepřinese a že si myslím, že je problém jinde. Samozřejmě ho ujistím, že mu věřím, že ty problémy reálně má. Někdy žádají specialisti drahé vyšetření, které, dle mého názoru, jsou zbytečné. Snažím se zvažovat účelnost tohoto vyšetření. Samozřejmě je důležité, aby se něco neprosvihlo. Musím zvažovat, nakolik je pravděpodobné, že tam něco najdeme. Pokud je klinika stejná, znova už ho na rtg neposílám, spíš rehabilitace, znova apelujeme na změnu životního stylu nebo poukazujeme na jiný původ problému než, že tam je např. nějaký nárůstek... v psychosociální oblasti.</i></p> <p><i>Někdy se něco stane – pacient se dostane do akutního stresu. Samozřejmě platí, že vnímání stresu je velmi individuální. Ale při takovém jednorázovém zatížení pomůžete člověku, když mu vysvětlíte, že současné problémy s tím opravdu můžou souviset, a tím ho uklidníte...</i></p>

Zdroj: vlastní zpracování na základě výzkumného šetření

Analýza:

Praktický lékař se ve své ordinaci setkává s pacienty, kteří mají chronické onemocnění, chodí si pravidelně pro své recepty a vyhovuje jim to. Jen pečlivostí lékaře lze odhalit nové symptomy, které se pacientům nejeví natolik podstatné, aby se o nich zmínili. Za nejproblematictější pacienty lékař označuje ty, kteří přijdou do ordinace

pro potvrzení diagnózy, kterou si sami určili na základě nevhodných a zavádějících informací z internetu.

Psychosomatický lékař v této části rozhovoru zmiňuje klasický problém psychosomatických pacientů – opětovný požadavek objektivních vyšetření. Lékař velmi trefně shrnuje citlivý přístup k těmto pacientům – ujištění o reálnosti jeho problému, pečlivé zvážení účelnosti vyšetření, edukace o zdravém životním stylu a upozornění na souvislost s psychosociálními problémy. V případě akutní, jednorázové stresové reakce doporučuje pacienta uklidnit a objasnit psychické a fyzické projevy, které tuto situaci doprovází.

Tabulka 28: Kategorie 5 - vztah mezi zdravotníkem a pacientem

<p>Kategorie 5</p> <p>VZTAH MEZI ZDRAVOTNÍKEM A PACIENTEM</p>	
<p>Ambulance A</p> <p>Praktický lékař</p>	<p><i>Ideální je rovnocenný vztah mezi lékařem a pacientem, i když pořád bude lékař v přece jenom jiné pozici než pacient.</i></p> <p><i>Pak je samozřejmě důležité s pacientem umět pracovat. Existují pacienti, kterým naznačíte, že problém je právě v psychické oblasti, a oni se urazí. Pak záleží na tom, jak s tím pacientem vycházíte, jak jej znáte a odhadnete, co si k němu můžete dovolit nebo nemůžete dovolit. Zkrátka musí tam být nějaká důvěra mezi lékařem a tím pacientem.</i></p> <p><i>Velmi taky záleží, jak se jim informace podají.</i></p> <p><i>Je potřeba pacienta vyslechnout, ale zároveň si zachovat určitý odstup. Ale to už je o zkušenostech.</i></p> <p><i>Na odhalení psychických, partnerských a podobných vlivů má zcela zásadní vliv důvěrný vztah mezi lékařem a pacientem. Proto si myslím, že má smysl koncepce rodinných lékařů, kde máte přehled o zdravotním stavu členů rodiny, rodinných vztazích, sociálním zázemí atd. O problémech jednoho člena se dozvíte od druhého člena domácnosti.</i></p> <p><i>Informace od členů rodiny mají velký význam i z hlediska toho, že vy vidíte pacienta jen zlomek času v ordinaci, ale nevíte, jak se dlouhodobě chová doma.</i></p> <p><i>Je dobře, aby pacienti věděli, že doktor o ně jeví zájem a ne, že jim napíše recept a pošle je pryč. Velmi to přispívá ke kladnému vztahu mezi lékařem a pacientem. Některé zdravotní problémy se dají odhalit dřív, než pacientovi přijdou podstatné k řešení.</i></p>
<p>Ambulance B</p> <p>Psychosomatický praktický lékař</p>	<p><i>Vyplatí se s těmi lidmi hlouběji pracovat. Ale při takovém jednorázovém psychickém zatížení pomůžete člověku, když mu vysvětlíte, že současné problémy s tím opravdu můžou souviset, a tím ho uklidníte... je dobrý se zeptat, jestli mají v někom oporu, kdo by jim v tom mohl pomoci, aby v tom ten člověk nebyl sám.</i></p> <p><i>Je dobré zjistit motivaci těch lidí. Šetří to čas i peníze. Pokud v danou chvíli není na to dostatek času, akutně ošetřím problém, a pokud pacient chce, udělám si větší časový prostor, pacienta objedná na určitý čas a popovídáme si. Větší časový prostor se nabízí i při preventivních prohlídkách.</i></p>

Zdroj: vlastní zpracování na základě výzkumného šetření

Analýza:

Praktický lékař považuje důvěrný vztah mezi zdravotníkem a pacientem za rozhodující pro odhalování všech faktorů podílejících se na vzniku a průběhu onemocnění. Ze strany lékaře je důležité umět s pacientem dobře vést rozhovor. Lékař klade důraz na individuální přístup respektující pacientovo odlišné vnímání zdravotních problémů a způsobu jejich řešení. Zkušenost lékaře má velký podíl na odpovídajícím přístupu k jedinci. Cenné jsou i informace od blízkých příbuzných, ti bývají často také našimi pacienty. Lékař hodnotí velmi pozitivně model rodinného lékařství, kde je možné informace o jednotlivých členech rodiny dobře propojit.

Psychosomatický lékař klade důraz na správný odhad motivace, která pacienta přivedla do ordinace. Neopomene se zeptat na sociální oporu. Rovněž podstatné je dát pacientovi dostatek času na vyjádření se. Když se stane, že je lékař v časovém presu, a pozoruje, že pacientovy obtíže si vyžadují větší pozornost, domluví se s ním na určitý čas, mimo běžnou ordinační dobu. Při jednorázových stresových situacích pacient potřebuje především vysvětlení souvislostí a uklidnění.

Snaha o porozumění a empatie vyplývá z výpovědí obou lékařů.

Tabulka 29: Kategorie 6 - spokojenost pacientů

<p>Kategorie 6</p> <p>SPOKOJENOST PACIENTŮ</p>	
<p>Ambulance A</p> <p>Praktický lékař</p>	<p><i>Záleží na pacientovi a taky záleží, co ten pacient od toho lékaře očekává. Samozřejmě doktor není bůh a nemůžu vyhovovat všem pacientům. Někteří přijdou a chtějí ten svůj recept a nic jiného řešit nechtějí. Samozřejmě máme i řadu pacientů, kteří jsou přístupní a komunikativní.</i></p> <p><i>Skutečně nejtěžší skupina pacientů je ta, která přijde už s hotovou diagnózou. A taky je těžká skupina ta, která není přístupná žádné komunikaci. Chtějí slyšet jenom tu svoji pravdu a jinou slyšet nechtějí.</i></p>
<p>Ambulance B</p> <p>Psychosomatický praktický lékař</p>	<p><i>Někteří pacienti nedokážou ocenit, že když už přišli, že jim věnujete nějaký prostor. Už jen to, že čekali v čekárně, hodnotí negativně a s tím i přicházejí do ordinace. Vy máte pocit, že pro ně děláte maximum, ale oni to neocení. Dneska je hodně pacientů, kteří chtějí být ošetřeni hlavně rychle. Procento těchto lidí poslední dobou vzrůstá. Jsou pod tlakem a přenášejí to na vás. Takových je tak 15–20 %. Další skupina jsou pacienti, kteří chápou, že tady budou čekat a jsou spokojeni s tím, že se jim věnujete, že jste jim dali dostatek prostoru. Ti představují největší část pomyslného koláče. No a pak je menší skupina z opačného pólu než ta první skupina. Ti jsou extrémně vděčný, extrémně spokojení. Je to snad dáno všeobecnou úctou k lékařům. Většina pacientů naší ordinace odchází spokojení, že jste se jim věnovali a že jsme jim dali dostatek prostoru. To, že jsou nespokojeni, poznám podle toho, že se často vrátí.</i></p>

Zdroj: vlastní zpracování na základě výzkumného šetření

Analýza:

Spokojenost pacientů je u praktického lékaře závislá na tom, nakolik jsou splněna očekávání toho konkrétního pacienta. Pokud se liší pohled lékaře a pacienta na zdravotní obtíž, dochází k názorové neshodě a pacient se může cítit nespokojený. Nejkomplikovanější spolupráce je s pacienty, kteří nejsou ochotni o zdravotním problému diskutovat a tvrději si prosazují své požadavky – např. pouze napsat recept.

Psychosomatický lékař hodnotí spokojenost pacientů podle času, který jim věnoval, a času, který strávili čekáním. Ve své ordinaci se setkává se třemi typy pacientů. Menší skupinu (15–20 %) tvoří pacienti, kteří chtějí být ošetřeni s co nejmenší časovou prodlevou. Největší skupinu tvoří spokojení pacienti, kteří oceňují, že je jim

věnována dostatečná péče. Poslední skupina pacientů je tvořena extrémně spokojenými pacienty.

Oba lékaři vnímají spokojenost pacientů z rozdílného úhlu pohledu. Praktický lékař z pohledu uspokojení požadavku pacienta, psychosomatický lékař zohledňuje hlavně časový faktor.

Tabulka 30: Kategorie 7 - přístup sestry k pacientům

Kategorie 7 PŘÍSTUP SESTRY K PACIENTŮM	
Ambulance A Praktický lékař	<p><i>Někdy pacienti jsou se sestrou sdílnější než s lékařem. Je u něj v prvním kontaktu. Sestra může lékaři často předat informace, které vyzorovala u pacienta již v čekárně – změna výrazu obličeje, chování. Stává se, že pacient se sestře svěří se svým trápením dřív, než vstoupí ke mně do ordinace – např. při aplikaci injekce. Pak záleží, jak sestra takovou informaci zpracuje.</i></p> <p><i>Důležitým úkolem sestry je edukace. Když jde na vyšetření, měl by pacient vědět, jak to bude probíhat. Obecně je informovanost pacientů mnohdy nedostatečná.</i></p> <p><i>Určitě je potřeba k pacientovi přistupovat individuálně, taky etnický, specifický, respektovat rozdílnost ve vnímání bolesti, ve vnímání zdravotních obtíží. Je potřeba jim vše vysvětlit.</i></p>
Ambulance B Psychosomatický praktický lékař	<p><i>Z psychosomatického pohledu může sestra toho udělat hodně. Ale má to o dost složitější než já. Je v prvním kontaktu s pacientem, selektuje pacienty podle závažnosti jejich stavu. Na jednu stranu ji obdivuji, protože musí ustát ten „útok“ pacientů bez větší újmy. Sestra to má těžký v tom, že musí umět pacienta pohladit i správně vychovávat.</i></p> <p><i>Moje sestřička umí s pacienty jednat a odhadnout cíl jejich návštěvy. Přesto někdy mám pocit, že správně neodhadla, co ten pacient chtěl, a může se to setkat s nepochopením. Myslím, že by se mohla v komunikaci ještě zlepšovat. Ale chápu to, protože nemá takové vzdělání jako já a psychoterapeutický přístup k pacientovi se člověk učí dlouho. Akutní věci odhadne vždy celkem přesvědčivě.</i></p>

Zdroj: vlastní zpracování na základě výzkumného šetření

Analýza:

Praktický lékař vidí přínos sestry v odhalení změn, které lze na pacientovi pozorovat již před příchodem do ordinace. Někteří pacienti se svěří sestře již v čekárně,

popř. při jiných úkonech, kde je prostor pro komunikaci. Nezastupitelnou úlohu v práci sestry hraje edukace. Opět je zdůrazněn individuální přístup k pacientovi.

Psychosomatický lékař shledává roli sestry jako vysoce náročnou na komunikaci. Jednat s pacienty, vyhodnotit cíl návštěvy, organizovat pořadí pacientů je z jeho pohledu velmi náročné. Z lékařových slov vyplývá, že na zlepšení komunikačních technik se podílí vzdělání.

9. DISKUZE

Výzkumná část bakalářské práce zahrnuje kvantitativní a kvalitativní výzkum. V kvantitativní části výzkumu jsem se pokusila zjistit názor pacientů na psychosomatický přístup v ordinaci praktického lékaře a vnímání okolností jejich zdravotních obtíží. Před výzkumem jsem si stanovila následující cíle:

1) Zjistit, jestli pacienti vnímají psychické a sociální okolnosti svých fyzických potíží, a porovnat je v dané nabídce (otázka 3, 4, 10, 13, 14) – cíl splněn.

V otázce č. 3 jsem zjišťovala, zda pacienti trpí nějakými tělesnými problémy, u kterých se nezjistila žádná objektivní příčina. Zde se informace u jednotlivých skupin pacientů výrazně lišily. V ambulanci psychosomatického praktického lékaře (B) můžeme pozorovat velký počet pacientů (42,6 %), kteří označili odpověď nikdy. To znamená, že jejich tělesné potíže mají objektivní příčinu. Oproti tomu v ordinaci praktického lékaře (A) tuto odpověď volilo pouze 22,7 % respondentů. Důvodem může být individuální výklad objektivní příčiny – vyšší věk (hypertenze), špatné stravování (obezita). Netuší, že problémy mohou mít i jiný důvod.

Otázka č. 4 byla jedna z velmi důležitých otázek. Odpověď na otázku, jestli pacienti trpí změnami nálad, nějakými pocity či myšlenkami, nám ukazuje, zda je trápí nějaké vnitřní konflikty, zda mají starosti, které zaměstnávají jejich mysl. Více než polovina pacientů z ambulance praktického lékaře (A) volila variantu často a někdy (dohromady 55,5 %), naproti tomu stejné varianty volilo v ambulanci psychosomatického lékaře (B) pouze 38,3 % pacientů. Toto zjištění by mohlo poukazovat, že pacienti v první ambulanci mají větší výskyt pocitů, které je tíží. A jak je prokázáno, negativní stav mysli výrazně ovlivňuje zdraví.

V otázce č. 10 byli pacienti dotazováni, zda vidí souvislost mezi osobními problémy a tělesnými obtížemi. Tady se setkáváme s velmi vyrovnaným počtem odpovědí mezi oběma skupinami pacientů. Přibližně polovina pacientů odpověděla ne. Tito pacienti si nepřipouští, že by se na jejich chronických problémech psychika mohla podílet. V otázce č. 13 se dotazují, zda si respondenti dovedou představit, že by z důvodu svých obtíží vyhledali psychoterapeuta. Velmi pozitivně hodnotím zjištění, že více než polovina pacientů z obou ordinací by se této variantě léčby nebránila, respektive dovede si to představit. Jistě bychom jako zdravotníci tento fakt měli zohlednit. Traduje se, že návštěva psychologa je pro řadu lidí tabu, ale výzkum

prezentovaný v této práci ukázal, že u poloviny dotazovaných lidí tomu tak není. Odpověď nevím uvedlo v ambulanci A 20,4 % a v ambulanci B 19,1 % pacientů.

V otázce č. 14 jsem zjišťovala postoj pacientů k možnosti zmírnit obtíže formou nácviku relaxace. Opět více než polovina dotázaných odpověděla ano. Relaxace má bezpochyby velmi pozitivní účinek na naši psychiku. Je známo, že relaxace 10–15 minut denně dokáže u člověka zlepšit odolnost vůči stresu. Vysoké procento zastoupení odpovědi nevím (v ambulanci A – 28,9 %, v ambulanci B – 36,2 %) je možné vysvětlit tím, že značná část pacientů neví, co si pod pojmem relaxace má představit. Z toho usuzuji, že jako sestra bych pacienty měla o tomto způsobu léčby vhodnou formou edukovat.

2) Specifikovat požadavky pacientů v ordinaci praktického lékaře a porovnat je v dané nabídce (otázka 7, 8, 9, 11, 12) – cíl splněn.

V otázce č. 7 se pacienti měli vyjádřit, jestli by se chtěli v ordinaci svěřit s nějakým osobním nebo životním problémem, který je tíží. V této otázce převažovala odpověď ne (v ambulanci A – 35,5 %, v ambulanci B – 40,4 %) a nevím (v ambulanci A – 37,8 %, v ambulanci B – 40,4 %). Usuzuji, že poměrně velká část pacientů nepokládá za důležité se se svými osobními či životními problémy v ordinaci svěřit. Jedním z úkolů sestry je objasnit pacientům vztah mezi vnitřní nespokojeností při podobných problémech a fyzickými obtížemi.

V otázce č. 8 jsem se ptala, jestli by se pacienti dokázali lékaři svěřit se svými osobními problémy, např. partnerskými. I když téměř polovina pacientů odpověděla ano (v ambulanci A – 48,9 % a v ambulanci B – 38,3 % pacientů), odpovědi ne nebo nevím uvedla více než polovina dotázaných. V otázce, zda vládne v ordinaci důvěrná atmosféra, odpověděla většina ano. V otázce, zda mají pacienti dostatek prostoru na vyličení svých obtíží, také téměř shodně uvedli ano. Domnívám se, že o svých problémech se ostýchají mluvit. Je třeba, aby sestra pacienty povzbuzovala svěřit se a vysvětlovala souvislosti mezi osobními problémy a nemocí.

V otázce č. 9 se pacienti měli vyjádřit, zda by se dokázali svěřit s životními problémy typu nezaměstnanost nebo zadlužení. Respondenti nejčastěji volili odpověď ne (v ambulanci A – 46,7 %, v ambulanci B – 40,4 %), nevím volilo 22,2 % pacientů v ambulanci A a 23,4 % pacientů v ambulanci B. Zdá se, že tento typ problémů je pro pacienty ještě větší tabu než partnerské a rodinné problémy.

V otázce č. 11 jsem zkoumala, jak často si pacienti přejí další objektivní vyšetření (RTG, laboratorní) při rozdílu mezi vlastním pocitem a dosavadními výsledky vyšetření. Ve své praxi se setkávám s pacienty, kteří hledají objektivní příčinu svých potíží. Někdy si nedokážou připustit, že to nemá smysl, např. opakované RTG páteře, když je bolí záda. Na tuto otázku vybrali respondenti převážně odpověď někdy (v ambulanci A – 62,8 %, v ambulanci B – 48,9 %).

V otázce č. 12 se pacienti vyjadřovali, jak často požadují při pravidelné návštěvě lékaře pouze předepsání léků. V obou případech více než polovina pacientů uvedla variantu zřídka a nikdy (dohromady v ambulanci A – 60 %, v ambulanci B – 57,4 %). Je patrné, že si pacienti uvědomují, že předepsat léky není to jediné, co jim pomůže. Je tu i řada okolností, které mají vliv na průběh onemocnění. Sestra může svým přístupem výrazně ovlivnit, jakým způsobem budou pacienti komunikovat s lékařem. Zda se při pravidelných návštěvách zmíní o všech okolnostech, které mají vliv na jejich zdravotní stav.

3) Porovnat zkušenosti pacientů s přístupy lékaře a s odhalováním příčin svých potíží (otázka 1, 2, 5, 6, 15) – cíl splněn.

V otázce č. 1 se měli pacienti vyjádřit, nakolik vládne v ordinaci důvěrná atmosféra. Drtivá většina se vyjádřila možností často (v ambulanci A – 77,8 %, v ambulanci B – 87 %). Důvěrná atmosféra jistě přispívá ke kvalitnímu vztahu zdravotník–pacient, který je základem pro psychosomatický přístup.

V otázce č. 2 pacienti hodnotili, zda jim lékař poskytuje dostatečný prostor pro vyličení jejich obtíží. Odpověď byla příjemným překvapením – téměř všichni pacienti vybrali variantu často (v ambulanci A – 97,8 %, v ambulanci B – 100 %). Z uvedeného faktu vyvozují souvislosti, kterým musíme věnovat pozornost – pacienti mají v ordinaci dostatek času hovořit o tom, co je trápí, ale v otázkách, jestli by se dokázali svěřit se svými osobními nebo životními starostmi, se vyjádřili záporně anebo nejistě. Lze z toho usuzovat, že jsou ochotni se svěřit spíše s fyzickými obtížemi.

Otázka č. 5 poskytuje informace ohledně zkušenosti pacienta s tím, jak se lékař zajímá o jeho rodinnou situaci, např. partnerské problémy. Velmi zajímavé jsou různorodé odpovědi pacientů v rámci jednotlivých ambulancí. Nejčastěji byla volena odpověď někdy (v ambulanci A – 33,3 %, v ambulanci B – 43,5 %). Alarmující je počet těch, kteří zvolili možnost nikdy (v ambulanci A – 28,9 %, v ambulanci B – 19,6 %). Je možné, že se zde projevil individuální přístup lékaře ke každému pacientovi. Jsou

pacienti, kteří nejsou ochotni o svých psychosociálních problémech mluvit. Pak se samozřejmě stává, že se lékař po pár neúspěšných pokusech o konverzaci na toto téma o rodinnou situaci nezajímá. V tomto ohledu může sestra pomoci prolomit hradbu a citlivým přístupem podpořit pacienta v ochotě svěřit se.

Otázka č. 6 poskytuje podobné informace, tentokrát se týkají zájmu lékaře o pacientovy životní problémy, např. se zaměstnáním. Styl odpovědí je velmi podobný – využití celé škály možností. V ambulanci A převažuje odpověď zřídka (34,1 %), v ambulanci B odpověď někdy (40,4 %). Opět se objevuje vysoký počet odpovědí nikdy (v ambulanci A – 25 %, v ambulanci B – 23,4 %).

V otázce č. 15 bylo zjišťováno, zda mají pacienti zkušenost, že je lékař pozorně vyslechl, vyjádřil pochopení jejich reálných tělesných obtíží a snažil se vyjádřit porozumění. Pozitivní je, že pacienti volili jako nejčastější odpověď variantu často (v ambulanci A – 62,2 %, v ambulanci B – 85,1 %). Je známo, že projevy empatie a porozumění jsou známkou správné komunikace. A ta základem psychosomatického přístupu.

Výsledek kvantitativního výzkumu byl velmi překvapivý. Pouze ve dvou otázkách se odpovědi obou skupin statisticky významně lišily – v otázce, zda pacienti trpí tělesnými problémy, u kterých se nezjistila žádná objektivní příčina, a v otázce, zda jim lékař poskytl dostatek empatie a porozumění. Z toho lze vyvodit, že i když není lékař vzdělaný v psychosomatice, může velmi dobře odhadnout příčiny vzniku onemocnění, včetně psychosociálních faktorů. Umí přistupovat k pacientovi individuálně. Zohledňuje jeho osobní, partnerské, rodinné i životní problémy. Orientuje se v sociálních vztazích pacientů. Důvěru mezi zdravotníkem a pacientem považuje za základ jejich vztahu. Umí komunikovat a psychoterapeuticky působit. Na těchto dovednostech se velkou měrou podílí osobnost lékaře. Mezi další okolnosti, které mohly ovlivnit to, že se odpovědi obou skupin statisticky nelišily, patří rozdíl ve vzdělání členů sledovaných skupin. V ordinaci praktického lékaře bylo zastoupeno více lidí s vysokoškolským vzděláním, kteří mohou mít lepší znalosti o propojení duše a těla. Z pohledu vzdělání se skupiny statisticky významně lišily.

V **kvalitativní části** výzkumu byl porovnán biopsychosociální přístup v ordinaci praktického lékaře a praktického lékaře praktikujícího psychosomatiku.

Stanoveny byly následující cíle:

4) Zjistit, jaké zkušenosti mají lékaři s aplikací psychosomatického přístupu – cíl splněn.

Bylo zjištěno, že u obou lékařů převládá individuální přístup k pacientovi. Praktický lékař při odhalování příčin zdravotních obtíží zdůrazňuje nutnost komplexního přístupu k pacientovi a pravidlo nejdřív vyloučit organickou příčinu nemoci. Řada nemocí má multifaktoriální příčinu a psychika má na vzniku obtíží menší či větší podíl. Pro správnou diagnostiku je přínosné pacienta znát delší dobu. Na odhalení psychických problémů má zásadní vliv důvěrný vztah mezi lékařem a pacientem. Na vybudování takového vztahu se podílí i sestra.

Psychosomatický praktický lékař za základ považuje správný odhad důvodu návštěvy pacienta a poskytnutí dostatečného prostoru k vyličení pacientových obtíží. Mnohdy je úkolem lékaře pacienta uklidnit a vysvětlit všechny souvislosti jeho obtíží. Více prostoru na svěřeni se nabízí preventivní prohlídky.

Mohu potvrdit, že řada lidí se při preventivních prohlídkách opravdu častěji svěřuje se svými starostmi i radostmi. Je to dáno tím, že je pro ně vyhrazen určitý čas, kdy se jim věnujeme. Sestra by měla povzbuzovat pacienty svěřit se a případné osobní informace, které jí pacient sdělí, předat lékaři.

5) Zjistit, jak si lékaři myslí, že vnímají jejich přístup pacientů – cíl splněn.

U obou dotazovaných lékařů lze vyznívat shodu v potřebě přistupovat k pacientovi individuálně. Praktický lékař připouští, že lékař není bůh a jeho přístup nemůže vyhovovat všem. Je pro něj důležité s pacienty umět pracovat. Vztah lékař–pacient by měl být důvěrný a rovnocenný, avšak je zapotřebí i určitý odstup. Je důležité pacienta znát, vědět, co si k němu můžete dovolit. To vše se odrazí na spokojenosti pacienta.

Psychosomatický praktický lékař hodnotí spokojenost pacientů podle času, který jim věnoval, a času, který strávili čekáním. Ve své ordinaci se setkává se třemi typy pacientů. Menší skupinu tvoří pacienti, kteří chtějí být ošetřeni s co nejmenší časovou prodlevou. Největší skupinu tvoří spokojení pacienti, kteří oceňují, že je jim věnována dostatečná péče. Poslední skupina pacientů je tvořena extrémně spokojenými pacienty.

Domnívám se, že sestra se na spokojenosti pacientů podílí nemalou měrou. Mnoho pacientů dokonce posuzuje lékaře i podle chování sestry.

6) Zjistit, jak reagují pacienti na psychosociální faktory svých obtíží – cíl splněn.

V této oblasti bylo vyzorováno, že část pacientů praktického lékaře nepřijímá fakt, že se psychosociální faktory mohou spolupodílet na vzniku nebo zhoršení jejich onemocnění. Pojem psychika si spojují s psychiatrií. A oni přece nejsou případ pro psychiatra. Další skupina pacientů je ochotna o tom mluvit. Třetí skupinu tvoří pacienti, kteří naprosto pozitivně přijímají řešení psychických problémů.

Podle psychosomatického praktického lékaře je přístup pacienta k řešení problémů v psychické oblasti dán především osobností pacienta. Pacienty k řešení problémů v psychické oblasti nepřesvědčuje. V závažných případech na návštěvě psychologa trvá.

Sestra by měla umět pacienta vhodně edukovat o všech okolnostech podílejících se na vzniku onemocnění. O vlivu psychiky na zdraví mají pacienti velmi málo informací.

7) Zjistit, jaký je přínos všeobecné sestry v přístupu k pacientům – cíl splněn.

Sestra má v psychosomatickém přístupu zásadní roli. Je s pacientem v prvním kontaktu. Dokáže rozeznat už v čekárně, zda pacienta něco trápí. S některými problémy se pacienti dokonce spíše svěří sestře než lékaři. Sestra by proto měla umět pacienta přesvědčit, aby se svěřil i lékaři. Podle praktického lékaře je zásadním úkolem sestry edukace. Podle psychosomatického lékaře je potřeba, aby uměla dobře komunikovat s pacienty a aplikovala psychoterapeutický přístup.

Porovnání odpovědí na otázky kvalitativního výzkumu přineslo překvapivá zjištění. Zarážející bylo zjištění, že praktický lékař bez vzdělání v psychosomatice nevěděl zcela přesně, co si pod spojením psychosomatický přístup představit. Přesto se však ve srovnání s psychosomatickým praktickým lékařem jejich pojetí přístupu k pacientovi v mnohém nelišilo. Tento závěr se shoduje i s výsledkem dotazníkového šetření. Praktický lékař přistupuje ke svým pacientům komplexně. U psychosomatického lékaře oceňuji zaujetí, s jakým přemýšlí nad motivací lidí, kteří přišli k němu do ordinace. Ačkoli absolvoval u MUDr. Chvály a PhDr. Trapkové v letech 2004–2008 výuku rodinné terapie, na psychoterapeutická sezení nemá

při současném vytížení čas. Dalším faktem, který nutí lékaře takto postupovat, je špatný systém financování.

Výsledky výzkumu nemohou být porovnány s jinými pracemi, protože podobně pojaté práce nebyly nalezeny. Psychosomatice se věnovalo několik bakalářských a diplomových prací. Z těch, které se nejvíce přiblížily tomuto tématu, bych zmínila např. diplomovou práci o znalosti sester o psychosomatice nebo diplomovou práci, která zkoumala znalosti pacientů z oboru psychosomatiky. Jedna práce se věnovala názorům pacientů na působení psychosociálních faktorů na vznik a průběh onkologického onemocnění (Matějková, 2011; Kantorová, 2010; Fidriková, 2013).

Závěrem bych chtěla zmínit jednu svou pozitivní zkušenost. Od počátku realizace dotazníkového šetření se na mě obrátilo o radu již několik pacientů. Tušili, že za jejich problémy se skrývá nějaká psychická příčina – problémy na pracovišti, nevyřešený konflikt s matkou, problémy ve výchově dětí, vlastní nespokojenost. Dokonce přišla pacientka, která byla již čtyři měsíce v pracovní neschopnosti s několika různými diagnózami, po vyplnění mého dotazníku si dodala odvalu a svěřila se lékaři. Výsledek byl, že po mnoha letech změnila práci, která ji velmi stresovala. Nyní změnila zaměstnání a cítí se dobře.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo komplexně zmapovat psychosomatický přístup v ordinaci praktického lékaře jak z pohledu pacienta, tak z pohledu lékaře. Cíleně byly vybrány dvě skupiny pacientů ze dvou ambulancí – praktického lékaře a psychosomatického praktického lékaře. Pro pacienty bylo připraveno dotazníkové šetření. Pouze ve dvou otázkách se odpovědi obou skupin lišily, jako celek ale dotazník rozdílů neprokazuje. Ani v odpovědích na otázky položené oběma lékařům nepozorujeme výrazný rozdíl v přístupu k pacientům.

Úroveň psychosomatického přístupu k pacientovi v ordinaci praktického lékaře určuje především lékař, jeho znalosti, osobnost, komplexní nahlížení na zdraví a nemoc. Jsem si jistá, že existuje řada možností, jak mohu jako všeobecná sestra přispět k většímu uplatnění psychosomatického přístupu. Základ vidím v dobré organizaci práce a v kvalitní komunikaci s lékařem. Za neméně důležité považuji systematické dlouhodobé psychologické působení na pacienty. V rámci ošetrovatelské anamnézy je naším úkolem získávat informace o základních fyziologických, psychických, sociálních i duchovních potřebách pacienta. Mezi ošetrovatelskými diagnózami, které s touto problematikou úzce souvisí, řadíme především diagnózy z domén – zvládání zátěže – odolnost vůči stresu, životní princip a vztahy.

Během své praxe jsem zjistila některé nedostatky v postoji pacientů k vlastnímu zdraví – zejména neochota převzít plnou odpovědnost za své zdraví, preventivně předcházet vzniku zdravotních obtíží a v neposlední řadě neuvědomování si všech okolností podílejících se na vzniku onemocnění. Jako všeobecné sestře se mi nabízejí témata k edukaci pacientů související s posilováním psychické vyrovnanosti – stres a jeho zvládání, umění relaxovat, zásady asertivity. Je třeba dbát na uspokojování všech pacientových potřeb. Nejvíce opomíjené jsou ty psychické a sociální. Na vybudování kvalitního vztahu zdravotníka a pacienta se podílí nejen manuální zručnost a znalosti, ale také správná komunikace, empatický přístup a psychologická podpora. Odměnou nám sestrám bude spokojený pacient. Doporučení pro praxi lze shrnout následovně:

- Zlepšit psychoterapeutický přístup k pacientům, zdokonalovat se v umění komunikace – zúčastnit se kurzů a školení na toto téma.
- Edukovat na téma stres a jeho vliv na zdravotní stav člověka. Mým záměrem je zpracování série edukačních brožur s tématy: co může způsobit stres, stres a jeho

zvládání, relaxace, asertivita. Návrh první z nich – „Stres = neviditelný nepřítel“ – je uveden v příloze VI.

- Podporovat pacienty, aby se svěřili se svými osobními a životními problémy, i zdánlivě nesouvisejícími s jejich tělesnými obtížemi.
- V ordinaci vytvořit pro pacienty příjemnou atmosféru.
- Odkrývat skryté důvody pacientových obtíží.

ANOTACE

Autor:	Brigita Janoušková
Instituce:	Universita Karlova v Praze, Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové, Oddělení ošetřovatelství
Název práce:	Psychosomatický přístup v ordinaci praktického lékaře
Vedoucí práce:	MUDr. Skorunka David, Ph.D.
Počet stran:	110
Počet příloh:	6
Rok obhajoby:	2014
Klíčová slova:	psychosomatické obtíže, praktický lékař, stres, psychosociální faktory, pacient

Souhrn:

Ordinace praktického lékaře je součástí primární péče a jako taková hraje významnou úlohu v diagnostice psychosomatických onemocnění. V teoretické části jsem se věnovala historickému vývoji a psychosomatickým koncepcím, objasnění příčin a projevů psychosomatických onemocnění. Další část je věnována tématům, která tvoří základ psychosomatického přístupu – vztah mezi zdravotníkem a pacientem, diagnostika a typy léčení těchto poruch. V závěru jsem se zaměřila na specifika práce všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře a její přínos při aplikaci psychosomatického přístupu.

Těžištěm této bakalářské práce je kvantitativní výzkum uskutečněný prostřednictvím dotazníkového šetření u dvou skupin pacientů – pacienti praktického lékaře bez psychosomatického vzdělání a pacienti praktického lékaře vzdělaného v psychosomatice. Data jsou zpracována graficky a statisticky. Pro komplexní pohled na psychosomatický přístup v ordinaci praktického lékaře jsem uskutečnila i kvalitativní výzkum pomocí polostrukturovaných rozhovorů s lékaři obou ordinací.

ANNOTATION

Author: Brigita Janoušková
Institution: Charles University in Prague, Faculty of Medicine in
Hradec Králové, Department of Social Medicine,
Department of Nursing
Title: Psychosomatic approach in general practitioner's office
Supervisor: MUDr. Skorunka David, Ph. D.
Number of pages: 110
Number of appendixes: 6
Year of defense: 2014

Keywords: practising, psychosomatic disorders, stress, psychosocial factors, patient

Practitioner's surgery is a part of primary care and as such, it plays an important role in diagnostics of psychosomatic disorders. In the theoretical part I dealt with historical developement and psychosomatic conceptions, explanation of causes and symptoms of the psychosomatic disorders. The next part is dedicated to themes, which comprise the basis of psychosomatic approach – the relationship between a medic and a patient, diagnostics and types of healing of these disorders. In the end I focused on specifics of the job of general nurse in the surgery and her contribution during application of psychosomatic approach.

The focus of this bachelor thesis is quantitativ research performed by means of questionnaire investigation of two groups of patients – patients of practitioner without psychosomatic education and patients of psychosomatically educated practitioner. Data are processed graphically and statistically. For comprehensive view of psychosomatical approach in the surgery of practitioner I also performed quantitativ research by means of semistructured interviews with the doctors from both surgeries.

LITERATURA A PRAMENY

BAŠTECKÁ, Bohumila a kol. *Klinická psychologie v praxi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003. 420 s. ISBN 80-7178-735-3.

BAŠTECKÝ, Jaroslav, Jiří ŠAVLÍK a Jiří ŠIMEK. *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada, 1993, 343 s. ISBN 80-7169-031-7.

BERAN, Jiří. *Lékařská psychologie v praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 140 s. ISBN 978-80-247-1125-6.

ENGEL, George L. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 1977, 196(4286), p. 129–136.

FALEIDE, Asbjørn O, Lilleba B LIAN a Eyolf Klæboe FALEIDE. *Vliv psychiky na zdraví: soudobá psychosomatika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 240 s. ISBN 978-80-247-2864-3.

FIDRIKOVÁ, Klára. *Problematika psychosomatických poruch* [online]. 2013 [cit. 2014-09-17]. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Alice Prokopová. Dostupné z: <http://is.muni.cz/th/327482/pedf_m/>.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 407 s. ISBN 80-7367-040-2.

HOLMES, Thomas H. a Richard H. RAHE. The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 1967, 11(2), 213-218.

CHROMÝ, Karel a Radkin HONZÁK. *Somatizace a funkční poruchy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 216 s. ISBN 80-247-1473-6.

KANTOROVÁ, Zuzana. *Prožívání nemoci z hlediska psychosomatiky z pohledu nemocných* [online]. 2010 [cit. 2014-09-17]. Diplomová práce. Univerzita Palackého, Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce Andrea Pokorná. Dostupné z: <<http://theses.cz/id/zr3u1g/>>.

KIECOLT-GLASER, Janice K., Cynthia BANE, Ronald GLASER a William B. MALARKEY . Love, marriage, and divorce: Newlyweds' stress hormones foreshadow relationship changes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2003, 71(1), 176–188. DOI: 10.1037/0022-006X.71.1.176.

KIECOLT-GLASER, Janice K., T. F. ROBLES, K. L. HEFFNER, T. J. LOVING a R. GLASER. Psycho-oncology and cancer: Psychoneuroimmunology and cancer. *Annals of Oncology*, 2002, 13(SUPPL. 4), 165-169. DOI: 10.1093/annonc/mdf655.

KOHOUTEK, Rudolf. *Patopsychologie a psychopatologie pro pedagogy*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2007, 260 s. ISBN 978-80-210-4434-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Jaroslava PEČENKOVÁ. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, 78 s. ISBN 80-247-0784-5.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Optimismus, pesimismus a prevence deprese*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 137 s. ISBN 978-80-247-4007-2.

KURZOVÁ, Hana, Radkin HONZÁK a Jiří KROMBOLZ. *Psychiatrie v ordinaci praktického lékaře: postgraduální učebnice psychiatrie pro praktické lékaře, příručka k atestaci, každodenní pomocník v ambulanci, úvod do malé i velké psychiatrie*. Vyd. 1. V Praze: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2003, 139 s. ISBN 80-246-0532-5.

MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 291 s. ISBN 978-80-247-2715-8.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Vyd. 2., nezměn. V Brně: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007, 164 s. ISBN 978-80-7013-457-3.

MATĚJKOVÁ, Iva. *Psychosomatika v geriatrické ošetrovatelské péči* [online]. 2011 [cit. 2014-09-17]. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Petra Juřeníková. Dostupné z: <<http://theses.cz/id/42nduc/>>.

MORSCHITZKY, Hans a Sigrid SATOR. *Když duše mluví řečí těla: stručný přehled psychosomatiky*. Vyd. 1. Přeložil Petr Babka. Praha: Portál, 2007, 181 s. ISBN 978-80-7367-218-8.

NOVÁKOVÁ, Iva. *Zdravotní nauka: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 2. sv. 204 s. ISBN 978-80-247-3709-6.

OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 263 s. ISBN 978-80-247-3737-9.

PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 240 s. ISBN 978-80-247-2959-6.

PONĚŠICKÝ, Jan. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. 3. vyd. V Praze: Triton, 2012, 220 s. ISBN 978-80-7387-547-3

PONĚŠICKÝ, Jan. *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. Vyd 1. Praha: Triton, 2002, 113 s. ISBN 80-7254-216-8.

RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 304 s. ISBN 978-80-247-2223-8.

SEIFERT, Bohumil, Václav BENEŠ a Svatopluk BÝMA. *Všeobecné praktické lékařství*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2013, xi, 673 s. ISBN 978-80-7262-934-3.

SELIGMAN, Martin E.P. *Learned optimism: How to change your mind and your life*. New York: Knopf. Reissue edition, 1998, Free Press, ISBN 0-671-01911-2

SLAVÍK, Milan. *Vysokoškolská pedagogika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 253 s. ISBN 978-80-247-4054-6.

SLEZÁČKOVÁ, Alena. *Průvodce pozitivní psychologií: nové přístupy, aktuální poznatky, praktické aplikace*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 304 s. ISBN 978-80-247-3507-8.

ŠAVLÍK, Jiří, Jan HNÍZDIL a František HOUDEK. *Jak léčit nemoc šílené medicíny, aneb, Hippokratova noční můra*. Zvole u Praha: A. Šťastný, 2008, 286 s. ISBN 978-80-86739-33-5.

ŠOLCOVÁ, Iva. *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 102 s. ISBN 978-80-247-2947-3.

TRESS, Wolfgang, Johannes KRUSSE a Jürgen OTT. *Základní psychosomatická péče*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008, 394 s. ISBN 978-80-7367-309-3.

WYLER, Allen R., Minoru MASUDA a Thomas H. HOLMES. *The seriousness of illness rating scale: Reproducibility*. Journal of Psychosomatic Research, 1970, 14(1), 59-64.

Internetové zdroje

HONZÁK R., Vladislav CHVÁLA. *Psychosomatická medicína*. Psychosom 2014; 12 (2). s. 97–100. [online]. 2014. [cit. 2014-08-28]. Dostupné z: http://www.psychosom.cz/?page_id=3263.

LIRTAPS, o. p. s. Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny, o.p.s. v Liberci. *Naše poslání*. [online]. 2005. [cit. 2014-08-20]. Dostupné z: <http://www.lirtaps.cz/>.

OSU. *Janice Kiecolt-Glaser*. In: The Ohio State University: Department of Psychology [online]. 2014. [cit. 2014-09-19]. Dostupné z: <http://faculty.psy.ohio-state.edu/1/kiecolt-glaser/>.

LIPPP. *Liberecký institut pro psychoterapii a psychosomatiku*. [online]. 2008. [cit. 2014-08-20]. Dostupné z: <http://www.lippp.cz/?page=intro>.

SKTLIB. Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch. *Kdo jsme*. [online]. [cit. 2014-08-19]. Dostupné z: <http://www.skllib.cz/>.

ŠAVLÍK, Jiří, Jan HNÍZDIL. *Krize současné medicíny, ideové a organizačně metodické možnosti řešení*. Praha 19. 7. 2001 [online]. [cit. 2014-07-20]. Dostupné z <http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/krize.htm>.

ČLS. *Česká republika má odbornou společnost psychosomatické medicíny*. [online]. 2014 [cit. 2014-08-15]. Dostupné z http://www.psychosomatika-cls.cz/?page_id=540.

Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování: zákon o zdravotnických službách. 2011 In: Předpis č. 372/2011 Sb. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast4>

Zdroje edukační brožury:

BOENISCH, Edmond W a C HANEY. *Stres: přehledné testy a návody, jak zvládat stres*. Vyd. 1. Brno: Books, 1998, 208 s. ISBN 80-7242-015-1.

CIMICKÝ, Jan. *Sám proti stresu: jak se ubránit stresu a udržet duševní rovnováhu: soubor rad, jak přežít v dnešní době*. 2., dopl. vyd. Praha: VIP Books, 2007, 217 s. ISBN 978-80-87134-08-5.

HNÍZDIL Jan. *Psychosomatika pro začátečníky: zabiják stres* [online]. 2014. [cit. 2014-08-28]. Dostupné z: <http://www.vitalia.cz/clanky/psychosomatika-pro-zacatecniky-zabijak-stres/>.

ROJÍČKOVÁ, Martina. *Teorie stresu*. In: [online]. 2011. [cit. 2014-08-19]. Dostupné z: <http://www.bojujteprotistresu.unas.cz/index.html>.

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka 1: Bodová škála životních událostí	27
Tabulka 2: Symptomatika somatoformních poruch.....	34
Tabulka 3: Parametry, které mluví pro výskyt funkčních poruch	35
Tabulka 4: Intuitivní srovnání z hlediska diagnosticko-terapeutického	44
Tabulka 5: Intuitivní srovnání z hlediska vztahu lékař–pacient	48
Tabulka 6: Zastoupení obou pohlaví v jednotlivých skupinách respondentů.....	63
Tabulka 7: Zastoupení věkových kategorií mezi respondenty obou skupin.....	64
Tabulka 8: Zastoupení jednotlivých úrovní vzdělání mezi pacienty obou sledovaných skupin.....	66
Tabulka 9: Zastoupení odpovědí na otázku č. 1	68
Tabulka 10: Zastoupení odpovědí na otázku č. 2	70
Tabulka 11: Zastoupení odpovědí na otázku č. 3	72
Tabulka 12: Zastoupení odpovědí na otázku č. 4	74
Tabulka 13: Zastoupení odpovědí na otázku č. 5	76
Tabulka 14: Zastoupení odpovědí na otázku č. 6	78
Tabulka 15: Zastoupení odpovědí na otázku č. 7	80
Tabulka 16: Zastoupení odpovědí na otázku č. 8	81
Tabulka 17: Zastoupení odpovědí na otázku č. 9	83
Tabulka 18: Zastoupení odpovědí na otázku č. 10	84
Tabulka 19: Zastoupení odpovědí na otázku č. 11	85
Tabulka 20: Zastoupení odpovědí na otázku č. 12	88
Tabulka 21: Zastoupení odpovědí na otázku č. 13	90
Tabulka 22: Zastoupení odpovědí na otázku č. 14	91
Tabulka 23: Zastoupení odpovědí na otázku č. 15	92
Tabulka 24: Kategorie 1 - odhalování příčin onemocnění	97
Tabulka 25: Kategorie 2 - individualita přístupu v diagnostice.....	99
Tabulka 26: Kategorie 3 - reakce pacientů na psychickou příčinu nemoci	100
Tabulka 27: Kategorie 4 - požadavky pacientů	102
Tabulka 28: Kategorie 5 - vztah mezi zdravotníkem a pacientem	104
Tabulka 29: Kategorie 6 - spokojenost pacientů	106
Tabulka 30: Kategorie 7 - přístup sestry k pacientům	107

Graf 1: Zastoupení obou pohlaví v jednotlivých skupinách respondentů – sloupcový graf	63
Graf 2: Zastoupení věkových kategorií mezi respondenty obou skupin – sloupcový graf	64
Graf 3: Zastoupení věkových kategorií mezi respondenty obou skupin – krabicový graf	65
Graf 4: Zastoupení jednotlivých úrovní vzdělání mezi pacienty obou sledovaných skupin – sloupcový graf.....	66
Graf 5: Zastoupení jednotlivých úrovní vzdělání mezi pacienty obou sledovaných skupin – krabicový graf	67
Graf 6: Zastoupení odpovědí na otázku č. 1 – sloupcový graf	68
Graf 7: Zastoupení odpovědí na otázku č. 1 – krabicový graf.....	69
Graf 8: Zastoupení odpovědí na otázku č. 2 – sloupcový graf	70
Graf 9: Zastoupení odpovědí na otázku č. 2 – krabicový graf.....	71
Graf 10: Zastoupení odpovědí na otázku č. 3 – sloupcový graf	72
Graf 11: Zastoupení odpovědí na otázku č. 3 – krabicový graf.....	73
Graf 12: Zastoupení odpovědí na otázku č. 4 – sloupcový graf	74
Graf 13: Zastoupení odpovědí na otázku č. 4 – krabicový graf.....	75
Graf 14: Zastoupení odpovědí na otázku č. 5 – sloupcový graf	76
Graf 15: Zastoupení odpovědí na otázku č. 5 – krabicový graf.....	77
Graf 16: Zastoupení odpovědí na otázku č. 6 – sloupcový graf	78
Graf 17: Zastoupení odpovědí na otázku č. 6 – krabicový graf.....	79
Graf 18: Zastoupení odpovědí na otázku č. 7 - sloupcový graf.....	80
Graf 19: Zastoupení odpovědí na otázku č. 8 - sloupcový graf.....	82
Graf 20: Zastoupení odpovědí na otázku č. 9 - sloupcový graf.....	83
Graf 21: Zastoupení odpovědí na otázku č. 10 - sloupcový graf.....	84
Graf 22: Zastoupení odpovědí na otázku č. 11 - sloupcový graf.....	86
Graf 23: Zastoupení odpovědí na otázku č. 11 – krabicový graf.....	87
Graf 24: Zastoupení odpovědí na otázku č. 12 - sloupcový graf.....	88
Graf 25: Zastoupení odpovědí na otázku č. 12 - krabicový graf	89
Graf 26: Zastoupení odpovědí na otázku č. 13 - sloupcový graf.....	90
Graf 27: Zastoupení odpovědí na otázku č. 14 - sloupcový graf.....	91

Graf 28: Zastoupení odpovědí na otázku č. 15 - sloupcový graf.....	93
Graf 29: Zastoupení odpovědí na otázku č. 15 - krabicový graf	94

SEZNAM ZKRATEK

ČR	– Česká republika
USA	– United States of America
NK	– natural killer
WHO	– World Health Organization - Světová zdravotnická organizace
mmol/l	– milimol
ČLS J.E.P.	– Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
CHOPN	– Chronická obstrukční plicní nemoc
EKG	– elektrokardiograf
INR	– International Normalized Ratio – poměr koagulačního času vyšetřovaného vzorku a koagulačního času kontrolní plazmy
TOKS	– Test okultního krvácení do stolice
FVZ UO	– Fakulta vojenského zdravotnictví. Univerzity obrany
pplk.	– podplukovník
ÚZdrZ	– Úsek zdravotních služeb – součást Centra zdravotních služeb

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha I – Žádost o povolení výzkumného šetření v ordinaci praktického lékaře MUDr. Řeháka	130
Příloha II - Žádost o povolení výzkumného šetření v ordinaci praktického lékaře MUDr. Jaroše	131
Příloha III – Dotazník	132
Příloha IV - Přepis rozhovoru MUDr. Řehák	135
Příloha V - Přepis rozhovoru MUDr. Jaroš	138
Příloha VI – Edukační brožurka	141

PŘÍLOHY

Příloha I – Žádost o povolení výzkumného šetření v ordinaci praktického lékaře MUDr. Řeháka

Vážený pane

MUDr. Jan Řehák
Praktický lékař pro dospělé
Rokycanova 2798, Pardubice

V Hradci Králové 2. dubna 2014

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v ordinaci praktického lékaře

Vážený pane MUDr. Řeháku,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření ve Vaší ordinaci, které by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Brigity Janouškové, narozené 24. 4. 1971, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, kombinované formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem této práce, zaměřené na psychosomatický přístup v ordinaci praktického lékaře, je formou dotazníku zjistit, jestli pacienti vnímají psychické okolnosti svých fyzických obtíží, specifikovat jejich potřeby a porovnat zkušenosti s přístupy ve Vaší ambulanci a v ambulanci praktického lékaře nepraktikujícího psychosomatiku. Součástí mé práce je i rozhovor s lékařem a všeobecnou sestrou.

Hlavním přínosem práce bude zjistit podklady pro zlepšení komunikace lékař – sestra - pacient, zkvalitnění psychologického přístupu sestry při jednání s pacienty. Současně budou informace sloužit k přípravě edukační činnosti sestry.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, který je přiložen k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením MUDr. Davida Skorunky, Ph.D., odborného asistenta Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty UK v Hradci Králové.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí

Brigita Janoušková
Studentka 3. ročníku LF
Roudničská 87/8, 500 02 Hradec Králové
Tel. 775 145 890

S pozdravem
MUDr. David Skorunka, Ph.D.
Ústav sociálního lékařství LF UK
Šimkova 870, 50038 Hradec Králové
tel. 495 816 357

Vyjádření vedení instituce:

- ☐ Souhlasím
☐ Nesouhlasím

Datum: 2. 4. 2014

Podpis a razítko



Příloha II - Žádost o povolení výzkumného šetření v ordinaci praktického lékaře MUDr. Jaroše

Vážený pane

Pplk. MUDr. Pavel Jaroš
Praktický lékař pro dospělé
Náčelník ÚZdrS Hradec Králové
Komenského 224, Hradec Králové

V Hradci Králové 2. dubna 2014

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v ordinaci praktického lékaře

Vážený pane pplk. MUDr. Jaroši

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření ve Vaší ordinaci, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Brigity Janouškové, narozené 24. 4. 1971, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, kombinované formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem této práce, zaměřené na psychosomatický přístup v ordinaci praktického lékaře, je formou dotazníku zjistit, jestli pacienti vnímají psychické okolnosti svých fyzických obtíží, specifikovat jejich potřeby a porovnat zkušenosti s přístupy ve Vaší ambulanci a v ambulanci praktického lékaře praktikujícího psychosomatiku.

Hlavním přínosem práce bude zjistit podklady pro zlepšení komunikace lékař – sestra - pacient, zkvalitnění psychologického přístupu sestry při jednání s pacienty. Současně budou informace sloužit k přípravě edukační činnosti sestry.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, který je přiložen k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením MUDr. Davida Skorunka, Ph.D., odborného asistenta Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty UK v Hradci Králové.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí

Brigita Janoušková
Studentka 3. ročníku LF
Roudničská 87/8, 500 02 Hradec Králové
Tel. 775 145 890

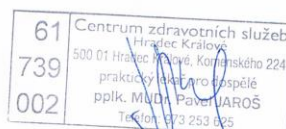
S pozdravem
MUDr. David Skorunka, Ph.D.
Ústav sociálního lékařství LF UK
Šimkova 870, 50038 Hradec Králové
tel. 495 816 357

Vyjádření vedení instituce:

- ☒ Souhlasím
☐ Nesouhlasím

Datum: - 2 - 04 - 2014

Podpis a razítko



Příloha III – Dotazník

Dobrý den,

jsem studentkou 3. ročníku Lékařské fakulty v Hradci Králové bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra. Obracím se na Vás s prosbou o pečlivé vyplnění předloženého dotazníku. Vyplněním tohoto dotazníku mi pomůžete získat informace k mé bakalářské práci. Dotazník je anonymní a je zaměřen na psychosomatický přístup v ordinaci praktického lékaře.

Zajímá mě přístup v ordinaci Vašeho praktického lékaře (zde).

Vyplnění trvá přibližně 7 minut. Vyberte prosím vždy jednu odpověď a tu zakroužkujte. Dotazník je oboustranný.

Děkuji Vám za ochotu.

Brigita Janoušková

Jste?

- a) žena
- b) muž

Jaký je Váš věk?

- a) 19 – 35 let
- b) 36 – 50 let
- c) 51 – 65 let
- d) 66 a více let

Jakého nejvyššího stupně vzdělání jste dosáhl (a)?

- a) základní
- b) vyučen
- c) středoškolské
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

1) Vládne v ordinaci důvěrná atmosféra?

- a) Často
- b) Někdy
- c) Zřídka
- d) Nikdy

2) Poskytuje Vám lékař dostatečný prostor pro vylíčení Vašich obtíží?

- a) Často
- b) Někdy
- c) Zřídka
- d) Nikdy

3) Trpíte v současné době tělesnými problémy, u kterých se nezjistila žádná objektivní příčina?

- a) Často
- b) Někdy
- c) Zřídka
- d) Nikdy

4) Trápí vás změny nálad, nějaké pocity či myšlenky?

- a) Často
- b) Někdy
- c) Zřídka
- d) Nikdy

5) Zajímá se lékař o Vaši rodinnou situaci (např. případné partnerské/manželské či jiné problémy)?

- a) Často
- b) Někdy
- c) Zřídka
- d) Nikdy

6) Zajímá se lékař o Vaše různé životní problémy (např. související se zaměstnáním, mezilidskými vztahy, aj.)?

- a) Často
- b) Někdy
- c) Zřídka
- d) Nikdy

7) Chtěl (a) byste se svému lékaři svěřit s nějakým osobním či životním problémem?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

8) Dokázal (a) byste se svěřit lékaři se svými osobními problémy (např. konflikty s příbuznými, partnerem)?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

9) Dokázal (a) byste se svěřit lékaři se svými životními problémy (např. dluhy, nezaměstnanost)?

- a) Ano

- b) Ne
- c) Nevím

10) Vidíte nějakou souvislost mezi Vašimi osobními problémy a tělesnými obtížemi?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

11) Když je rozdíl mezi výsledky vyšetření a Vaším vlastním pocitem, očekáváte další vyšetření (laboratorní, rentgenové, apod.)...

- a) Často
- b) Někdy
- c) Zřídka
- d) Nikdy

12) Při pravidelných návštěvách od lékaře očekávám pouze předepsání léků...

- a) Často
- b) Někdy
- c) Zřídka
- d) Nikdy

13) Dovedete si představit, že byste z důvodu svých obtíží vyhledal (a) psychoterapeuta?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

14) Uvítal (a) byste možnost zmírnění Vašich obtíží pomocí nácviku relaxace?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

15) Máte takovou zkušenost, že lékař velmi pozorně vyslechl Váš popis potíží, vyjádřil pochopení Vašich reálných tělesných potíží a snažil se vám vyjádřit porozumění?

- a) Často
- b) Někdy
- c) Zřídka
- d) Nikdy

Příloha IV - Přepis rozhovoru MUDr. Řehák

MUDr. Jan ŘEHÁK

5) Jak vnímáte svůj přístup k pacientům?

Já se snažím pochopit, co po mně chce pacient. Člověk přemýšlí, s čím za mnou ten pacient přišel, co pacienta ke mně přivádí. Když přijde jen pro prášky nebo s akutním onemocněním, není co řešit. A jestli má pacient chronický problém, a ten problém se zhoršuje nebo má problém, který chce řešit anebo ho někdo vystrašil, popřípadě mu někdo dal nůž na krk, jestli se s tím nenecháš vyšetřit, tak Chce to zkonzultovat. Vycítit nakolik ho ten symptom omezuje. Např. panická ataka – lidi jsou z toho opravdu konsternováni a je potřeba jim vysvětlit, že nejde o nic závažného. Vyplatí se s těma lidmi hlouběji pracovat. Když cítím, že pacient je nervózní, pospíchá, nechce nic řešit, chce jenom prášky, napíšu mu on je spokojený a jde. S takovým člověkem nemá smysl rozebírat nějakou psychosomatiku, i když si myslím, že jeho problémy mají původ v psychice. Pro takové lidi je to tabu a ten člověk se nechce otevřít, je zapouzdřený a vyhovuje mu to a to si skutečně myslí, že nemusí dělat takovou paseku.

Někdy se něco stane – pacient se dostane do akutního stresu. Samozřejmě platí, že vnímání stresu je velmi individuální. Ale při takovém jednorázovém zatížení pomůžete člověku, když mu vysvětlíte, že současné problémy s tím opravdu můžou souviset, a tím ho uklidníte... Je dobré zjistit motivaci těch lidí. Šetří to čas i peníze. Pokud v danou chvíli není na dostatek času, akutně ošetřím problém a pokud pacient chce, udělám si větší časový prostor, pacienta objednám na určitý čas a popovídáme si. Větší časový prostor se nabízí i při preventivních prohlídkách. Někdy přijdou i lajdáci. Několikrát nedodržují léčebné opatření. Např. obezita. Je to těžký, oni je bolí klouby, přidávají se zdravotní problémy a oni se nemohou pohybovat, je to bludný kruh. Je dobrý vědět, co člověk očekává, jestli změnu chtějí. Není třeba je obviňovat, oni si toho jsou dobře vědomy. Spíš je dobrý se zeptat, jestli mají v někom oporu, kdo by je v tom mohl pomoci, aby v tom ten člověk nebyl sám.

Jak jednáte s pacienty, když máte podezření na psychosociální příčinu nemoci?

Dnes už na psychoterapeutické sezení bohužel nemám čas. Využívám kolegů. Naťuknu, kde by mohl být problém a pak už je to na pacientovi, zda za psychologem zajde. Nechávám ho tuto informaci zpracovat v hlavě. Někteří tuší, že je problém

v psychice, ale nechtějí si to otevřeně přiznat. A když je větší problém, tak na návštěvě psychologa i trvám.

Při chronických problémech při žádosti o další vyšetření, se vždycky ptám, co si pacient myslí, že mu to vyšetření přinese. Řeknu mu, že si nemyslím, že jeho problémy jsou závažné a že nám další vyšetření nic nepřinese a že si myslím, že je problém jinde. Samozřejmě ho ujistím, že mu věřím, že ty problémy reálně má. Někdy žádají specialisti drahé vyšetření, které, dle mého názoru, jsou zbytečné. Snažím se zvažovat účelnost tohoto vyšetření. Samozřejmě je důležité, aby se něco neprošvihlo. Musí zvažovat na kolik je pravděpodobné, že tam něco najdeme. Pokud je klinika stejná, znova už ho na rtg neposílám, spíš rehabilitace, znovu apelujeme na změnu životního stylu nebo poukazujeme na jiný původ problém než, že tam je např. nějaký nárůstek – psychosociální oblasti.

6) Jak si myslíte, že vnímají Váš přístup pacienti?

Vnímání přístupu pacienta je daný osobností pacienta.

Někteří pacienti nedokážou ocenit, že když už přišli, že jim věnujete nějaký prostor. Už jen to, že čekali v čekárně, hodnotí negativně a s tím i přicházejí do ordinace. Vy máte pocit, že pro ně děláte maximum, ale oni to neocení. Dneska je hodně pacientů, kteří chtějí být ošetřeni hlavně rychle. Procento těchto lidí poslední dobou vzrůstá. Jsou pod tlakem a přenášejí to na vás. Takových je tak 15 - 20 %. Další skupina jsou pacienti, kteří chápou, že tady budou čekat a jsou spokojeni s tím, že se mu věnujete, že jste jim dali dostatek prostoru. Ti představují největší část pomyslného koláče. No a pak je menší skupina z opačného pólu, než ta první skupina. Ti jsou extrémně vděčný, extrémně spokojení. Je to snad dáno všeobecnou úctou k lékaři. Většina pacientů naší ordinace odchází spokojení, že jste se jim věnovali a že jsme jim dali dostatek prostoru. To, že jsou pacienti nespokojeni s diagnózou, poznám podle toho, že se často vrátí. Přijdou s novým symptomem. My jsme posledně něco řešili - to už je v pořádku, ale má tu něco jiného a pak „vytáhnou králíka z klobouku“. To si říkám, že jsem přesně neodhadl ten důvod, proč za mnou ten člověk přišel. Někdo to neřekne přímo, ale sdělují mi to přes ten symptom. Ti patří mezi nejnáročnější pacienty. Když přijde s jiným problémem, než minule, tak si říkám, že jsem mu nadal dostatečný prostor na vyličení jeho obtíží. Když je symptom stejný, nepřemaskoval se v jiný a přetrvává, tak jsem možná udělal diagnostickou chybu. Ale když se jeho problém zintenzivňuje, tak si říkám pozor tady už jde o něco závažnějšího.

U chroniků musím zvažovat, co je třeba řešit a jestli ten problém není psychosomatický. Samozřejmě obezřetně. Už se mi stalo, že jsem si myslel, že je původ psychosociální a nebylo to tak. Už jsem si myslel, že např. závratě jsou psychosomatického původu, ale bylo to něco závažnějšího. Alfa a omega naší práce je preventivní prohlídka, kde máte prostor se pacientovi více věnovat.

Cílem praktického lékaře je primárně pacienta dobře vyšetřit a pak dát dost prostoru pro vyličení jeho potíží. Specialisti nemají čas se jim věnovat, ale praktici ano.

7) Jak hodnotíte přístup sestry k pacientům?

Sestra to má o dost složitější. Je v prvním kontaktu s pacientem, selektuje pacienty podle závažnosti jejich stavu. Na jednu stranu ji obdivuji, protože musí ustát ten „útok“ pacientů bez větší újmy. Sestra to má těžký v tom, že musí umět pacienta pohladit i správně vychovávat. Já mám sestřičku trochu ostřejší. Moje sestřička umí s pacienty jednat a odhadnout cíl jejich návštěvy. Přesto někdy mám pocit, že správně neodhadla, co ten pacient chtěl. A může se to setkat s nepochopením. Myslím, že by se mohla v komunikaci ještě zlepšovat. Ale chápu to, protože nemá takové vzdělání jako já a psychoterapeutický přístup k pacientovi se člověk učí dlouho. Akutní věci odhadne vždy celkem přesvědčivě.

Příloha V - Přepis rozhovoru MUDr. Jaroš

MUDr. Pavel JAROŠ

8) Jak vnímáte svůj přístup k pacientům?

Problém příčin onemocnění je ten, že jsou multifaktoriální, na vzniku se podílí řada věcí. Psychika na to má vliv, ale není to samotná příčina, problém je třeba řešit komplexně. Zrovna taky jako nemůžete léčit jenom laboratorní výsledky, ale i toho pacienta. Je potřeba eliminovat všechny vztahy, které se na daném patologickém stavu mohou podílet, a samozřejmě psychický stav může být jedním z toho. To je jedna skupina. Pak samozřejmě existuje skupina, kde psychika má naprosto dominantní vliv na to dané onemocnění. Základní pravidlo je vyloučit organickou příčinu onemocnění. Jinak je to ošetření non lege artis (pozn. jedná se o postup medicínsky neověřený, který není dle aktuálních nejnovějších vědeckých poznatků, zastaralý nebo méně účinný). Nakonec když si vezmete definici nemoci podle WHO, tak z toho komplexnost vyplývá. Je řada onemocnění, kde se psychická příčina vůbec neřeší - to jsou akutní onemocnění- od úrazu po akutní infekční onemocnění. U těchto onemocnění má psychika na vznik onemocnění minimální vliv. Kde se to vztahuje k onemocnění - to jsou hlavně ty chronické onemocnění a hlavně funkční problémy. Zde znovu platí, že nejdřív zkoumáte organickou příčinu. Po vyloučení všech těchto příčin, můžete uvažovat, zda se na vzniku nepodílí nějaký ten psychosociální faktor. Charakteristický je, že když se pacient dostane do nějaké psychosociální zátěže – např. pracovních problémů, rodinných problémů, tak se ten člověk zhorší a v této fázi, je potřeba to odhalit. Je samozřejmě důležité, aby ten člověk dostal na svoji nemoc náhled.

Pak je samozřejmě důležité s pacientem umět pracovat. Existují pacienti, kterým naznačíte, že problém je právě v této oblasti a oni se urazí. Pak záleží na tom, jak s tím pacientem vycházíte, jak jej znáte a odhadnete, co si k němu můžete dovolit nebo nemůžete dovolit. Zkrátka musí tam být nějaká důvěra mezi lékařem a tím pacientem. Když pacienta dobře znáte, můžete taky zohlednit fakt, že každý pacient má jiný práh bolestivosti. Někdo přijde s každou „hloupostí“ a chce to hned řešit. Někteří však nepřijdou ani v celkem závažném stavu, protože to nevnímají jako nějaký závažný problém. Je řada pacientů, kteří mají řadu problémů, které je zásadně neomezují, ale když takový pacient přijde už s něčím jiným, tak je jde většinou o něco závažnějšího. Při prvním kontaktu s pacientem na něm nemusíte v rámci objektivního vyšetření nic zvláštního zjistit, a přesto ten stav může být závažný. Proto si třeba myslím, že nemají

smysl takový ty řetězce, které sice vám poskytnout péči třeba i v 9 hodin večer, ale pokaždé někým jiným. To je možná vhodné pro pacienty, kteří nechtějí své problémy řešit, anebo pro relativně zdravé lidi, kteří onemocní tak jednou za 3 roky angínou.

Jak jednáte s pacienty, když máte podezření na psychosociální příčinu nemoci?

Existuje skupina pacientů, kterým to říct nemůžu. Oni slyší psychika a pro ně se to rovná psychiatr. Pak je další skupina, která si o tom nechá něco povědět. A pak je skupina, která to přijímá naprosto pozitivně. S takovými klienty se dá dál pracovat. Pracovat se má samozřejmě se všemi pacienty. Spíš se jedná o to, že na každou skupinu pacientů musíte působit jinak. Např. když jim chci předepsat antidepresiva, tak té skupině pacientů, která pozitivně takové informace přijímá, řeknu, že to jsou antidepresiva, které jim pomůžou nastartovat změnu. Protože problémy v psychické oblasti se řetězí do kruhu. A odněkud se musí začít.

Samozřejmě záleží, jestli jde o akutní - krátkodobé problémy anebo dlouhodobé problémy. U pacientů, kteří o psychických faktorech, podílejících se na jejich problémech, nechtějí ani slyšet, pak těžko přistupují psychoterapii. Nemůžete nikoho léčit proti jeho vůli. Velmi taky záleží, jak se jim informace podají. Problematické je to vždy, když pacienta vidíte poprvé, podruhé, potřetí... prostě krátkodobě. Na odhalení psychických, partnerských a podobných vlivů má zcela zásadní vliv důvěrný vztah mezi lékařem a pacientem. Proto si myslím, že má smysl koncepce rodinných lékařů, kde máte přehled o zdravotním stavu členů rodiny, rodinných vztazích, sociálním zázemí, atd. O problémech jednoho člena se dozvíte od druhého člena domácnosti. To se mi stává i teď, že přijde člen rodiny a říká, že u jiného člena rodiny pozoruje nějaký problém. Velmi přínosné jsou takové informace např. při diagnostice demence. Hlavně v počátcích onemocnění je včasná diagnostika zásadní. Samozřejmě se to nedá vyléčit, ale zpomalit progresi. Ti lidé působí naprosto normálně, ale mají problémy jen v některých oblastech např. krátkodobá paměť, změna povahy. Informace od členů rodiny mají velký význam i z hlediska toho, že vy vidíte pacienta jen zlomek času v ordinaci, ale nevíte, jak se dlouhodobě chová doma.

9) Jak si myslíte, že vnímají Váš přístup pacienti?

Záleží na pacientovi a taky záleží, co ten pacient od toho lékaře očekává. Samozřejmě doktor není bůh a nemůžu vyhovovat všem pacientům. Někteří přijdou a chtějí ten svůj recept a nic jiného řešit nechtějí. Někdy to na místě je a někdy není. Oni si skutečně přijdou jen pro ten recept, ale při zevrubném rozhovoru vyvstane problém,

který je záhodno taky řešit. Je dobře, aby pacienti věděli, že doktor o ně jeví zájem a ne, že jim napíše recept a pošle je pryč. Velmi to přispívá ke kladnému vztahu mezi lékařem a pacientem. Některé zdravotní problémy se dají odhalit dříve, než pacientovi přijdou podstatné k řešení. V dnešní době je problém, že někteří pacienti mají své zdravotní problémy podrobně „seštudované“ z internetu. Jsou určité stránky, které poskytují validní informace. Ale je i řada, těch, co poskytuje informace krajně rozdílnost ve vnímání bolesti, ve vnímání svých zdravotních obtíží. Je potřeba jim vše vysvětlit.

Skutečně nejtěžší skupina pacientů je ta, která přijde už s hotovou diagnózou. A taky je těžká skupina, ta, která není přístupná žádné komunikaci. Chtějí slyšet jenom tu svoji pravdu a jinou slyšet nechtějí. Samozřejmě máme i řadu pacientů, kteří zavádějící až hraniční a těch je naprostá většina. Pacienti pak chtějí, ať vědomě či nevědomě lékaře někde vmanipulovat. Spousta pacientů přijde s hotovou diagnózou a přitom se za jejich problémy skrývají úplně jiné problémy. Je potřeba pacienta vyslechnout, ale zároveň si zachovat určitý odstup. Ale to už je o zkušenostech. Je potřeba k pacientovi přistupovat individuálně, taky etnicky specificky, respektovat jsou přístupní a komunikativní.

10) Jak hodnotíte přístup sestry k pacientům?

Někdy pacienti jsou se sestrou sdílnější než s lékařem. Je u něj v prvním kontaktu. Sestra může lékaři často předat informace, které vypožadovala u pacienta již v čekárně – změna výrazu obličeje, chování. Stává se, že pacient se sestře svěří se svým trápením dříve, než vstoupí ke mně do ordinace. Pak záleží, jak sestra takovou informaci zpracuje. Důležitým úkolem sestry je edukace. Když jde na vyšetření, měl by pacient vědět, jak to bude probíhat. Obecně je informovanost pacientů mnohdy nedostatečná. Z nemocnice nám přicházejí pacienti, kteří ani neznají svoji diagnózu. Je potřeba, aby pacient věděl, co mu je a jakou má nemoc a co ho čeká, zvláště u závažných diagnóz.

Příloha VI – Edukační brožurka

Zvládání stresu

Na naši schopnost zvládat stres se podílí řada faktorů: typ naší osobnosti, výchova, rodinné vztahy, podpora přátel, vliv příjemných i nepříjemných situací, které formují naše postoje. Neřešené problémy Vás mohou velmi trápit a způsobovat zdravotní problémy, které se mohou kumulovat.

Podstatou zvládání stresu je dosáhnout určitý stupeň kontroly. Pokud je možné problém řešit a jsme schopni ho změnit, je potřeba to udělat.

Pokud se problém vyřešit nedá, nejsme schopni změnit vnější okolnosti, které jej vyvolávají, je potřeba změnit svůj postoj – udělat vědomé rozhodnutí s problémy žít, přijmout fakt, že situaci není možné změnit.

Je potřeba si vytvořit plán možných strategií, jak se zdravě vyrovnat s neřešitelným problémem, které nám pomohou zvládnout zátěžovou situaci tak, aby nás nepohltla nebo zcela nezničila.

Negativní emoce jako vztek, hněv anebo nespokojenost je vhodné ventilovat pomocí tělesného cvičení a relaxace, aby v člověku nenarůstalo napětí. Klíčovým krokem k nalezení rovnováhy je změna myšlení, chování a postojů. Zde je pomoc psychologa téměř nezastupitelná. Jako odborník je schopen včas odhadnout, které tělesné potíže mohou být způsobeny nebo ovlivněny stavem Vaší psychiky. Včas zahájená léčba bývá kratší, levnější a s větší šancí na úplné uzdravení.

Co zvládnete sami?

Desatero Vám pomůže zlepšit pocit životní harmonie a spokojenosti:

- 1) nadbytečné napětí vybijte tělesným cvičením
- 2) uvolněte se pomocí relaxačních technik
- 3) naučte se být spokojeni s tím, jací jste
- 4) snažte se najít naplnění svého života
- 5) vyhledávejte pozitivní zážitky
- 6) pěstujte přátelství
- 7) naučte se ovládat negativní emoce
- 8) myslte realisticky, zorganizujte si čas
- 9) chovejte se asertivně a zodpovědně
- 10) věnujte více času svým zálibám, dopřejte si dostatek spánku

motto:

Nikoho nelze nic naučit, je pouze možné pomoci mu poznat sama sebe.

Galileo Galilei



Stres = neviditelný nepřítel



Zpracovala Brigita Janoušková

Stres je součástí našeho života

Denně se každý z nás setkává s řadou pozitivně i negativně působících podnětů a situací. Od rozlité kávy ráno po hádku s manželem večer, od osobního úspěchu k životním tragédiím. Každý z nás se během dne neustále vyrovnává s řadou stresových podnětů—stresorů.

Na stejný stresor mohou různé osoby reagovat odlišně. Někoho stresuje počasí, dalšího pracovní vytížení nebo nedostatek peněz. Okolní vlivy tedy vnímáme a prožíváme po svém a reagujeme na ně individuálně.

Co může stres způsobit?

Náš organismus se umí s běžným stresem dobře vyrovnat. Drobné radosti i velké životní úspěchy náš organismus vnímá pozitivně. Pokud však na něj působí negativní stres a jeho intenzita a doba překročí míru odolnosti, způsobí fyzické i psychické změny. Tyto „signály“ našeho těla můžeme přirovnat k blikajícím kontrolkám na palubě našeho auta. Postupně nám signalizují, že je něco v nepořádku. Když je nerespektujeme, auto bude mít poruchu anebo přestane jet. Obdobně i náš organismus onemocní. Když si neuvědomíme, co je schopen náš organismus vydržet, může dojít k stresové selhání, které se projeví psychosomatickým onemocněním.



Projevy stresu

Psychické projevy	Fyzické projevy	Společenské projevy
podrážděnost	únava	obviňování druhých
frustrace	bušení srdce, bolesti u srdce	snížení kontaktů s lidmi
pocit osamělosti	svalové napětí	zvýšená kritika
podráždění	bolesti hlavy a zad	pronikavý, nervózní smích
napětí	bolesti žaludku	neurotické jednání
porucha soustředění	průjem, zácpa	zvýšená aktivita, neklid
děsivé sny	nechut k jídlu	výbuchy podezřívavosti
zapomnětlivost	nadměrná chuť k jídlu	impulzivní chování
strach	sexuální potíže	snadné vyděšení
úzkost	pocení, pocit horka nebo chladu	změny nálad
hněv	skřípění zubů	časté stěžování si
myšlení zaměřené na minulost	nespavost nebo nadměrný spánek	snížená produktivita, iniciativnost
lhostejnost, netečnost	zvýšený počet infekcí	zaujatost, předpojatost
vznětlivost	vyšší krevní tlak	chvění, tiky, záškuby

Mezi tzv. psychosomatická onemocnění (onemocnění, na jejichž vzniku se prokazatelně podílí psychický stres) řadíme např. astma, vysoký krevní tlak, obezita, žaludeční a duodenální vředy, revmatoidní artritida, Crohnova nemoc, poruchy štítné žlázy, deprese. Důležité je včas odhalit všechny příčiny onemocnění a zahájit jejich léčbu.

Někdy nedokážeme sami odhalit příčinu stresu nebo si ji ani neuvědomujeme. Neváhejte se svěřit se svými pocity praktickému lékaři. Uveďte mu i potíže zdánlivě nesouvisející s onemocněním, pro které jste lékaře vyhledali. Dlouhodobý stres se může projevit řadou zdánlivě nesouvisejících fyzických potíží. Lékař Vás vyslechně a pomůže najít vhodné řešení a léčbu.